

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mai 1907, à 1 heure

PAR

Georges RAVAUD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Névralgie Faciale Syphilitique

Président : M. DEBOVE, professeur

Juges { MM. DIEULAFOY, professeur
RENON, agrégé
JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mai 1907, à 1 heure

PAR

Georges RAVAUD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Névralgie Faciale Syphilitique

Président : M. DEBOVE, professeur

Juges

MM. DIEULAFOY, professeur

RENON, agrégé

JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

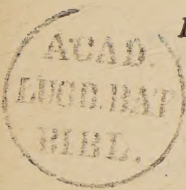
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGEN
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGREY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANCON	FAURE	MACAIGNE	RIEFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MÉRY	Vaquez
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMEIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 5 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR RAVAUD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

HISTORIQUE

En rapportant une des plus intéressantes observations de névralgie faciale syphilitique que l'on trouve dans la littérature, le professeur Dieulafoy fait remarquer combien rares sont les documents publiés sur la question. Tandis que la névralgie faciale d'une part et d'autre part la syphilis du système nerveux ont suscité un assez grand nombre de travaux, on en est encore à compter les observations de névralgie faciale syphilitique, et, en dehors de la thèse d'Herrouet, nous n'avons pas trouvé de mémoire d'ensemble sur la question.

Un grand nombre de faits pathologiques attribuables à la syphilis ne sont rapportés que difficilement à leur cause parce qu'ils apparaissent seuls et semblent isolés dans l'histoire clinique du sujet ; l'on vérifie très fréquemment que les manifestations syphilitiques, surtout celles qui surviennent tardivement, sont localisées à un seul organe, à un seul système, si bien qu'il faut connaître dans les détails les antécédents du malade pour les rapporter à leur véritable cause. Or quiconque a la pratique des maladies vénériennes peut s'être facilement rendu compte des difficultés que l'on éprouve à se renseigner exactement sur les antécédents syphilitiques des patients, à quelque classe qu'ils appartiennent. Par

dissimulation, oubli ou faute d'attention, ils manquent à documenter le médecin sur ce point de leur histoire, dans près de la moitié des cas. Aussi ne devons-nous pas nous étonner, si dans les plus belles observations de névralgie faciale syphilitique, la syphilis n'a été démontrée que grâce à l'heureux résultat de la thérapeutique mercurielle, employée même au hasard ou en désespoir de cause. Comme on n'y pense pas toujours, ou comme on n'ose pas dans tous les cas douteux administrer du mercure aux malades il s'ensuit que bien des faits ne sont pas rapportés à la syphilis qui s'y rattachent naturellement. C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer notamment pour quelques observations de zona ophtalmique dans lesquelles l'éruption fut longuement précédée et suivie de névralgie.

Enfin l'on voudra bien admettre que la syphilis peut entraîner sur le système nerveux plus que partout ailleurs des lésions cicatricielles irrémédiables que n'influence plus le mercure, et qui même anatomiquement présentent un aspect des plus banals. Etant donnés la pénurie de documents anatomiques, et l'échec certain du traitement « pierre de touche » nous pensons que parmi les névralgies faciales incurables dépourvues d'étiquettes étiologiques, un certain nombre doivent se relier à la syphilis. Cela, bien entendu, par simple induction, et sans qu'on puisse guère apporter de faits démonstratifs pour ou contre cette thèse.

Ainsi comprise la question de la névralgie faciale

se trouve notablement élargie, et l'on peut, à côté des formes anciennes, ouvrir des chapitres nouveaux pour les névralgies qui se trouvent être la seule révélation de la syphilis, et pour celles qui correspondent à d'irrémédiables lésions spécifiques. Nous sommes loin d'avoir la prétention d'épuiser le sujet. Les recherches n'ayant pas encore été dirigées dans ce sens, nous manquons encore de documents. Mais on peut sans parti pris affirmer que se rempliront ces pages blanches de la pathologie des névralgies faciales, au fur et à mesure que l'on aura davantage l'attention attirée du côté de leur origine syphilitique possible.

Il n'y a pas très longtemps que nous sommes fixés sur la possibilité de la névralgie faciale d'origine syphilitique. Dans sa thèse, qui date de 1832, Chaponnière étudie les causes prédisposantes et occasionnelles habituellement invoquées pour les névralgies de la face. Au chapitre des « Causes humorales par virus, par acrimonie », il discute l'origine syphilitique des névralgies faciales. Bien qu'il semble admettre difficilement ce qui aujourd'hui est un fait établi, il rapporte à ce sujet trois observations intéressantes de Masius et de Vaton. Dans la première, qui est de Masius, il s'agit d'un homme atteint d'« ulcères vénériens » de la gorge avec raideur de la langue et plus tard douleur violente de la joue droite. Cette névralgie, traitée au début par le camphre, puis par l'opium ne céda qu'au calomel après quatre semaines de traitement. Les deux autres observations

sont recueillies par Vaton. L'une a trait à un homme qui présentait des tiraillements douloureux dans la partie gauche de la tête et des contractures spasmodiques de l'œil et de la bouche ; cette affection qui durait depuis quatorze mois et qui avait débuté par de vives douleurs de tête, disparut devant la dix-neuvième friction mercurielle. L'autre observation fait allusion à une dame atteinte d'un tic douloureux de la face consécutif à des migraines et accompagné d'aphtes buccaux, d'émotivité exagérée, etc. ; ce tic douloureux guérit par des frictions mercurielles.

Ces observations bien que déjà anciennes prouvent de façon formelle que l'origine syphilitique des névralgies faciales, si elle pouvait offrir matière à discussion, n'en était pas moins, dès cette époque, couramment admise.

En 1862, Zambaco dans son livre (*Des affections nerveuses syphilitiques*) étudie les névralgies. Elles apparaissent, dit-il, aux diverses périodes de l'évolution de la syphilis. Il estime que les douleurs névralgiques qui se manifestent à la première période ne sont dues « très probablement » qu'à une simple perversion de la sensibilité, sans lésions matérielles.

Les tumeurs gommeuses, les périostoses sont susceptibles de déterminer les douleurs le long du trajet nerveux et « dans les parties animées par le nerf. »

Il est d'accord en cela avec les plus grands noms de la clinique : Chomel, Grisolle admettent qu'une tumeur des os ou du périoste peut déterminer par

compression des névralgies ; mais en dehors de cette cause, ajoute ce dernier, « le virus syphilitique semble parfois modifier le nerf d'une manière occulte ».

Zambaco fait remarquer que des gommès d'un volume considérable peuvent siéger au voisinage des nerfs, sans provoquer de douleurs. L'iritis syphilitique serait souvent, d'après lui, le point de départ de névralgies irradiées dans les branches frontale, sus-orbitaire et temporale de la cinquième paire. L'iris recevant ses nerfs sensitifs du trijumeau par le ganglion ophtalmique, ces douleurs pourraient s'expliquer par un mécanisme purement réflexe.

En 1872, Rigal dans sa thèse d'agrégation (*Etiologie et pathogénie des névralgies faciales*) insiste sur l'importance des maladies infectieuses et en particulier de la syphilis. « Les névralgies, dit-il, tiennent un rang assez élevé parmi les diverses manifestations de la syphilis ; elles affectent toutes les parties du système nerveux périphérique, mais avec une fréquence variable : le nerf trijumeau est le plus souvent atteint. » Puis plus loin il ajoute : « Les névralgies syphilitiques peuvent exister pendant un temps très long comme seule manifestation de la syphilis ; elles apparaissent surtout pendant le cours de la période secondaire, mais elles ne sont point rares pendant la période tertiaire. »

En 1875, dans une leçon clinique publiée par le *Edinburgh medical Journal* et ayant pour titre « On obstinate tugeminal neuralgia asa symptom of

syphilitic cerebral disease, its diagnostic and treatment », Balfour rapporte trois belles observations de névralgies tertiaires et estime que la véritable nature de ces douleurs doit être fréquemment méconnue.

Heubner, dans le Manuel de Ziemssen en 1878, s'exprime ainsi, à propos de la syphilis des nerfs craniens : « Parmi les nerfs craniens sensibles, le trijumeau est d'abord et le plus souvent affecté, soit dans son trajet à l'intérieur de la dure-mère, soit plus souvent au dehors, au niveau du ganglion de Gasser, ou plus loin encore dans ses branches séparées. En conséquence, c'est tantôt la moitié de la face, tantôt les parties isolées qui sont affectées. Le plus souvent on observe au début dans le territoire des branches du nerf des douleurs névralgiques qui ont aussi la propriété de s'exacerber la nuit. Mais parfois, comme dans le cas de Graefe, la douleur débute par de l'anesthésie. Celle-ci est plus ou moins complète ; elle est souvent accompagnée encore de douleurs subjectives dans les parties anesthésiées. On observe en outre facilement l'écoulement des larmes et des ophtalmies. Si tout le trijumeau est intéressé, il y a paralysie des muscles masticateurs et l'on a même observé passagèrement quelques cas de trismus. Si ce n'est l'exacerbation nocturne, la névralgie faciale syphilitique ne se distingue pas de la névralgie faciale simple.

En 1888, M. Fournier établit définitivement la question au point où elle est aujourd'hui. Des diver-

ses névralgies dues aux méfaits de la syphilis, la plus fréquente, dit-il, est sans contredit la névralgie syphilitique du trijumeau. Cette affection atteint rarement la branche inférieure et la branche moyenne, pour porter de préférence son choix sur la branche supérieure dans ses rameaux orbitaires. C'est donc la névralgie sus-orbitaire qui tient le premier rang parmi les localisations faciales de la syphilis nerveuse. Lorsque ces névralgies coïncident avec l'écllosion d'autres manifestations spécifiques, le diagnostic se trouve singulièrement facilité. Mais si les antécédents syphilitiques sont obscurs ou viennent à manquer, si le malade s'obstine à dissimuler ce qu'il considère comme une tare, elles peuvent être appréciées différemment et se voir privées du seul traitement qui pouvait les guérir. Dans le cas de névralgie rebelle à point de départ ignoré, le mercure, conclut Fournier, sera la pierre de touche à laquelle il ne faudra jamais manquer d'avoir recours.

Nous avons eu depuis lors, l'observation de Lanceaux en 1892, celle du professeur Dieulafoy en 1898 qui se trouve être une des plus typiques que l'on puisse rencontrer. On trouve six observations inédites dans le traité de Max Nonne (*Syphilis und Nervensystem*) en 1902, et onze de valeur assez inégale de Milin et de Herrouet, dans la thèse de ce dernier. Nous croyons qu'à l'heure actuelle on peut être bien fixé sur les cas faciles de névralgie faciale syphilitique, mais qu'il est toute une série de cas complexes, d'étiologie discutable, sur lesquels nous nous proposons d'insister.

ÉTIOLOGIE

Si l'on s'en tient au nombre des observations publiées, la névralgie faciale syphilitique pourrait être considérée comme peu fréquente. Les auteurs qui en rapportent des cas, semblent les citer comme des curiosités. Cependant les faits que l'on trouve dans la littérature sont maintenant assez nombreux. Ils le seraient bien davantage, si, comme le demande Herrouet, « on examinait systématiquement à ce point de vue tous les syphilitiques qui se plaignent de céphalée, car bon nombre de celles-ci relèvent entièrement, ou se compliquent de névralgie du trijumeau ».

Elles deviendraient vraiment fréquentes, pensons-nous, si l'on cherchait l'effet du traitement mercuriel dans toutes les névralgies faciales dont l'étiologie est douteuse. Lorsqu'on parcourt les observations publiées, on se rend compte qu'un très grand nombre des névralgies citées n'ont été rapportées à la syphilis qu'en raison du succès du traitement spécifique, appliqué par hasard ou en désespoir de cause. Et même encore l'échec de ce traitement ne devrait pas suffire à éliminer le diagnostic de syphilis ; nous comptons insister sur ce fait bien connu d'ailleurs qu'un grand nombre de cas de syphilis nerveuse sont incurables par le traitement, et que, par conséquent,

bien des névralgies faciales persistantes et que n'atteint pas le traitement le plus intensif, peuvent avoir pour cause la syphilis, au même titre que les lésions encéphaliques ou médullaires évidemment spécifiques, mais scléreuses qui ont produit une hémiplegie ou une paraplégie définitive.

Ainsi comprise la névralgie faciale syphilitique embrasse un nombre de faits considérables, et ses limites, pour avoir perdu en netteté, gagnent considérablement en extension.

La névralgie syphilitique du trijumeau, dit le professeur Dieulafoy, peut apparaître à toutes les périodes de la maladie. Qu'on ne s'attende pas cependant à la voir éclore nécessairement en même temps que les accidents caractéristiques de ces périodes, en même temps que les syphilides cutanées pour la période secondaire, que des gommes ou scléro-gommes multiples et évidentes, pour la période tertiaire ; très souvent elle évolue seule, loin de toute autre manifestation. Mais passons d'abord en revue les cas types.

Quelques semaines après le chancre, alors que débute la roséole, on a coutume de voir apparaître, avec une série d'autres phénomènes généraux, une céphalée plus ou moins violente ; souvent cette céphalée prend nettement les caractères de la névralgie faciale ; mais dans quelques cas, une analyse assez minutieuse des points douloureux est nécessaire pour que la céphalée soit étiquetée névralgie. Evidente ou larvée, elle apparaît dans environ 8 o/o des cas d'après les auteurs.

Comme on l'a noté, il n'est pas rare que les manifestations douloureuses de la période secondaire ne siègent pas exclusivement sur la cinquième paire. Nous aurons à rapporter des faits de névralgie secondaire portant en même temps, sur le nerf sciatique, le cubital, les nerfs intercostaux. Les névralgies secondaires frappant isolément ces nerfs ne sont pas d'ailleurs absolument rares.

A la période tertiaire, les névralgies sont plus fréquentes, mais aussi plus caractérisées et plus graves. Quel que soit le point sur lequel porte la néoformation gommeuse, on observe des phénomènes douloureux d'une intensité considérable, mais il n'est pas nécessaire de supposer que dans tous les cas on doive observer une lésion intéressant le tronc du nerf lui-même. Beaucoup de névralgies en effet semblent entretenues, sinon provoquées, par des lésions tertiaires chroniques siégeant sur un point quelconque du territoire du nerf trijumeau. Citons entre autres les affections syphilitiques de l'œil (kératites, irido-choroïdites), les périostites des maxillaires et particulièrement enfin les lésions syphilitiques tertiaires du nez telles qu'on en trouvait chez le malade de M. Dieulafoy : il présentait avec une haleine fétide un nez effondré à sa base et des narines effilées. L'examen direct pratiqué par Bonnier montra une rhinite syphilitique tertiaire avec délabrements multiples, exostoses des deux narines, destruction presque complète de la cloison et des méats inférieurs. Un fait sur lequel presque toutes les obser-

vations sont d'accord, c'est que les malades s'étaient insuffisamment traités (pendant quelques semaines ou quelques mois) ou pas du tout (par exemple parce qu'ils ignoraient leur syphilis, comme dans les observations de Balfour). Ces névralgies apparaissent souvent fort tard et durent fort longtemps. Nous avons déjà dit pourquoi nous pensons qu'on doit rattacher à la syphilis un très grand nombre de névralgies faciales, survenues chez des sujets âgés, et absolument incurables.

Le tabes enfin peut s'accompagner de douleurs névralgiques, si bien que les syphilitiques, même arrivés au stade de para-syphilis, ne sont pas indemnes de névralgie faciale. Il ne s'agit pas alors seulement des douleurs fulgurantes dont parle Pierret dans sa thèse, et qui n'auraient d'autre particularité que d'occuper la sphère d'innervation du trijumeau, mais très nettement de névralgie faciale persistante.

Tous les faits connus n'ont pas d'ailleurs une égale valeur, et nous considérons comme discutable le fait de Milian dans lequel il n'y avait pour tout symptôme de tabes que la disparition unilatérale du réflexe achilléen, et où la névralgie fut nettement amendée par le traitement mercuriel. Un fait aussi difficile à constater sûrement que la disparition unilatérale du réflexe de percussion du tendon d'Achille ne nous paraît pas absolument probant, et nous connaissons trop la régularité des échecs du traitement mercuriel en matière de tabes, pour ne pas nous étonner de le voir agir sur une manifestation vrai-

ment tabétique. Ajoutons que même la présence du signe d'Argyll-Robertson ne doit pas nous faire faire à la légère le diagnostic de tabes, ce phénomène étant avant tout, comme l'a montré Babinski un signe de syphilis cérébrale.

Nous avons donc à étudier successivement la névralgie faciale secondaire, la névralgie faciale tertiaire, la névralgie faciale des tabétiques ; s'ensuit-il que tous les cas soient faciles à classer dans l'une de ces trois catégories ? Evidemment non. Nous faisons tout à l'heure allusion à l'observation de Milian que cet auteur rapporte à un tabes au début, et que nous croyons pouvoir attribuer à la syphilis tertiaire. D'autres cas survenant peu après le chancre pourront être mis à volonté sur le compte d'une syphilis secondaire retardée ou d'un tertiarisme précoce, et cela, parce que les autres troubles de la période secondaire ou tertiaire manqueront absolument, parce que la névralgie faciale sera au moment de l'observation le seul phénomène d'origine syphilitique appréciable.

Nous voudrions en terminant dire quelques mots des rapports qui peuvent exister entre l'évolution générale de la syphilis et l'apparition de la névralgie faciale. S'agit-il de formes graves ou bénignes de syphilis ? En général, ce sont des formes peu agressives, qui n'ont pas occasionné de nombreux accidents, qui souvent ne donnent lieu qu'à un seul symptôme tardif, la névralgie. La syphilis est si peu grave que le traitement mercuriel suffit presque tou-

jours à enrayer la marche des accidents, à moins qu'il ne s'agisse de lésions définitives, cicatricielles.

Nous ne connaissons que deux observations dans lesquelles le traitement non seulement n'eut pas plein effet, mais même n'empêcha pas la mort de survenir du fait de lésions cérébrales profondes : ce sont celles de Balfour et d'Huguenin ; encore sont-elles anciennes, et nous pouvons nous demander si les méthodes thérapeutiques plus actives n'auraient pas eu raison des accidents.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PÉRIODE SECONDAIRE

On ne peut guère parler d'anatomie pathologique à propos de névralgies syphilitiques secondaires. Ce n'est pas à cette période que l'on peut faire des autopsies avec vérification directe, et il n'existe pas de faits d'extirpation du nerf trijumeau, par voie chirurgicale, pour névralgie faciale secondaire. La lésion, si elle existe, doit être très fugace, étant donnée la fugacité même des phénomènes cliniques.

Existe-t-il une lésion ?

Parmi les névralgies secondaires de la syphilis, dit Fournier, les unes peuvent être considérées comme purement dynamiques, sans lésions, et se produisent alors sous la seule influence de la diathèse. Elles seraient même, d'après Fournier, les plus nombreuses. Mais il en est d'autres, véritables névroses symptomatiques, qui traduisent des lésions intéressant la substance même des nerfs, le névrième, ou se répercutant sur eux par irritation de voisinage. La névralgie n'est alors que l'écho d'une névrite.

D'ailleurs, ajoute-t-il, « on a longuement disserté et l'on pourra longtemps dissenter encore sur ce point, car les pièces à conviction font défaut au procès,

l'anatomie pathologique de ces accidents (s'il en est une), restant toute à faire » (1).

Le retentissement possible des lésions sur le liquide céphalo-rachidien pourrait-il nous amener à des inductions sur leur nature ? Là encore nous devons rester dans le doute. Milian, Crouzon et Paris et M. Widal d'autre part ont publié le même jour à la Société médicale des hôpitaux les résultats que leur avait donné la ponction lombaire chez les syphilitiques.

Et tandis que chez les syphilitiques anciens ils trouvaient le plus souvent un liquide céphalo-rachidien normal, ils constataient chez les syphilitiques secondaires la fréquence de l'hypertension et de la lymphocytose, cela d'autant plus volontiers que la céphalée était plus marquée chez leurs malades.

Herrouet, dans sa thèse, semble aboutir à des con-

1. Mentionnons cependant ici, pour l'intérêt des constatations qui furent faites, le cas de Caradec, où furent perçus sur le trajet d'un nerf (nerf saphène interne) « une série de petits renflements ovoïdes, gros comme des grains de millet, au nombre de 25 à 30 dans son parcours fémoral, et de 10 à 20 dans son parcours jambier ». Le sciatique poplité présente également une série de renflements en chapelet rapprochés les uns des autres et analogues à ceux du saphène interne. Il y a en outre une induration du tronc nerveux « saillant, tendu comme une corde à violon ».

Ce fait de névrite survenue à la période secondaire (l'observation est rapportée au long dans la thèse de Ménétrel), montre que, même à cette période, les atteintes des nerfs peuvent être profondes, puisque dans ce cas, elles sont objectivement appréciables à l'examen clinique.

clusions différentes ; dans les cas observés par lui de névralgie secondaire de la syphilis, il aurait trouvé de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais jamais de lymphocytose. Par contre il relève la présence d'éléments lymphocytaires dans la névralgie tertiaire par compression. Les opinions, on le voit, sont partagées en ce qui concerne du moins la date d'apparition de la lymphocytose ; un seul fait est établi : l'existence des lymphocytes en quantité anormale dans les névralgies syphilitiques ; le processus dans le premier cas serait la conséquence de l'infection, dans le second de la névrite par compression.

PÉRIODE TERTIAIRE

A cette période on peut observer des faits de divers ordres. Dans une première série de cas le nerf est lésé secondairement : il y a compression par la néoformation syphilitique d'où excitation puis destruction du nerf. C'est ce qui se produit lorsqu'une exostose vient à se développer à l'intérieur d'un canal osseux où passe un nerf, lorsqu'une gomme se développe au voisinage du nerf et le comprime contre un os. Dans ces cas, il y a possibilité de névrite comme dans d'autres cas de compression par une tumeur quelconque. Cela se présente surtout à l'intérieur du crâne. Souvent cependant le nerf peut traverser une néoformation de la base sans être altéré. Mais la pression se produit surtout au niveau du point où le nerf est situé entre l'os et la dure-mère quand celle-

ci est le siège d'une néoformation. Cela est nettement le cas pour le ganglion de Gasser au niveau du cavum de Meckel, comme on le voit bien dans l'observation de Huguenin. Dans ces cas le ou les nerfs atteints, car les nerfs qui ont avec le trijumeau quelque rapport de contiguité peuvent être également intéressés, présentent des altérations diverses. Ils sont légèrement rouges, à enveloppe épaissie, moins résistants à la coupe (Courtin, cité par Léon Gros et Lancereaux) ou bien ils sont plus minces à l'endroit de la compression (Wagner) ou tout à fait atrophiés, transformés en un mince cordon (Virchow). Les examens histologiques manquent complètement.

Dans une seconde catégorie de faits, le nerf est envahi par une gomme évoluant dans son voisinage. Il faut pour cela que son enveloppe ne soit pas encore très épaisse et par suite que la lésion siège immédiatement à la sortie du cerveau. Dans ces cas le processus est le même que pour le syphilome du cerveau : la tumeur part de la pie-mère, le long des vaisseaux, arrive à l'origine du nerf et le pénètre ; il n'y a pas de limite tranchée entre le nerf et la déformation et l'on ne trouve plus qu'un tissu gris, rougeâtre ou jaunâtre et caséeux qui forme la masse de la tumeur (Heubner).

On comprend la gravité de pareilles lésions qui ne se cantonnent pas à la cinquième paire, mais envahissent la protubérance et amènent une mort rapide. C'était le cas de la malade de Balfour.

Enfin il existe des lésions syphilitiques primitives,

ericonscrites ou diffuses, qui sont du plus haut intérêt. Elles ont été observées d'abord sur les nerfs craniens, par Esmarek et Jessen sur l'oculo-moteur droit dans l'orbite. En 1882 Caradec raconte l'histoire d'une névrite syphilitique du saphène interne avec névromes le long du trajet nerveux. En 1887, dans un mémoire des plus documentés, Kahler revient sur le sujet et montre, avec examens anatomiques à l'appui, que les nerfs, les premiers et les plus atteints, sont précisément les nerfs craniens et en particulier l'oculo-moteur et le facial. Dans un cas de Kahler même, presque tous les nerfs craniens et un très grand nombre de nerfs rachidiens furent atteints. Mais il n'en est pas toujours ainsi au point de vue des variétés anatomo-pathologiques, la névrite parcellaire semble beaucoup plus fréquente que les névrites multiples ou polynévrites ; de plus, dans la forme parcellaire, les nerfs craniens semblent le plus souvent touchés. Ces dégénérescences gommeuses sont accompagnées de gommes évoluant sur d'autres points ou sont quelquefois seules, ou telles que l'on voit nettement que la lésion nerveuse est primitive. Le nerf a alors perdu sur une étendue plus ou moins grande aussi bien sa forme arrondie que sa couleur blanche. Il est transformé en une masse rougeâtre, fibreuse, ou jaune et dure comme du cartilage, en un cordon trois fois plus gros que normalement et lardacé. D'autres sont gonflés et infiltrés d'un tissu rougeâtre, ou mous, pulpeux, et en même temps rougeâtres ; enfin, en cas de lésions anciennes, ces nerfs

peuvent être atrophiés ou complètement détruits. A ces derniers faits semblent correspondre les névralgies terminées par anesthésie; mais on voudra bien nous accorder que les nerfs dont le névrilème et le tissu interstitiel sont épaissis et fibreux, en même temps que les cylindres-axes sont conservés, doivent produire des névralgies faciales persistantes, sur lesquelles le traitement mercuriel ne peut plus rien.

Tous ces faits sont d'ailleurs résumés dans le mémoire de Uhthoff (Leipzig, 1894).

Les lésions du ganglion de Gasser ont été particulièrement bien étudiées : on sait qu'il peut être sclérosé et atrophié ; il est plus rarement augmenté de volume. Enfin les gommes et les exostoses peuvent non seulement le comprimer, mais même le perforer.

La sclérose ganglionnaire et les altérations cellulaires s'y rencontrent mais inégalement réparties. Parfois il existe une hyperplasie primitive du tissu conjonctif, et son développement peut être tel qu'il forme la majeure partie de la masse ganglionnaire. Comme toujours en pareille circonstance, l'élément nerveux dégénère secondairement. D'autres fois, d'après Kremse en particulier, les lésions parenchymateuses ont le pas sur les lésions de sclérose : les cellules nerveuses sont irrégulières et ratatinées, leur protoplasma est sombre, granuleux, vacuolaire dans certains cas. Le noyau devient dentelé, anguleux, perd ses contours et peut même disparaître. Les altérations vasculaires sont peu marquées.

Névrite tabétique

Herrouet a rassemblé dans sa thèse et bien étudié les diverses observations connues. L'anatomo-pathologie des névrites tabétiques du trijumeau est significative de la marche progressivement ascendante du tabes. Une observation publiée dans la thèse de Baudet nous donne à ce sujet d'utiles renseignements. Consécutivement aux lésions médullaires classiques, la sclérose envahit progressivement le bulbe et couvre bientôt toute l'étendue du quatrième ventricule ; plusieurs des noyaux d'origine des nerfs bulbaires sont emprisonnés dans les mailles du tissu conjonctif proliféré ; ceux du trijumeau sont du nombre.

La coupe de ces nerfs, immédiatement à la sortie de la protubérance fait voir des faisceaux nerveux dissociés par le processus scléreux, et étouffés par lui ; la myéline a disparu de sa gaine.

Une autre observation due à Demange et relatée par Baudet n'est pas moins explicite. Là encore la sclérose des cordons postérieurs a été suivie par une sclérose du bulbe ; la sclérose a été particulièrement envahissante au niveau des noyaux des corps restiformes, de la substance gélatineuse et de la racine ascendante du trijumeau ; ces nerfs sont atrophiés, le ganglion de Gasser est réduit à une coque conjonctive aplatie dans laquelle la substance nerveuse est noyée.

Enfin dans un cas de tabes ayant débuté dans

l'enfance, Gombault et Mallet décrivent de curieuses altérations des tubes nerveux et du tissu conjonctif des nerfs. Macroscopiquement il existe une hypertrophie des racines nerveuses ; leur surface est verruqueuse, sillonnée d'arborisations vasculaires. Au microscope l'absence presque complète de tubes à myéline est remarquable. On peut voir à la place des gaines de myéline disparues des espaces vides dont quelques-uns sont comblés par des noyaux ovalaires plongeant dans une substance hyaline striée de filaments ; ces filaments peuvent être considérés comme des cylindres axes. Les parois des vaisseaux sont épaissies et leur paroi parfois réduite à une simple fente. Le tissu conjonctif dans les zones péri-vasculaires n'est pas plus abondant qu'à l'état normal. Par contre il s'hypertrophie autour des fibres nerveuses et forme autour d'elles une gangue épaisse pauvre en noyaux.

Il résulte donc de ce qui précède que, contrairement aux névrites syphilitiques secondaires et par compression, la névrite tabétique du trijumeau est une névrite propagée ; le processus scléreux, après s'être emparé de la moelle envahit le bulbe, étouffe et détruit le noyau d'origine du trijumeau, pour étouffer et détruire ensuite progressivement le nerf lui-même ; la névrite en pareil cas semble relever de la marche ascendante du tabes plutôt que de la syphilis.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'exposer les symptômes de la névralgie faciale syphilitique, il nous paraît indispensable d'exposer brièvement ceux de la névralgie faciale en général et ceux, bien connus de la céphalée syphilitique, de façon à établir plus facilement ensuite l'individualité clinique de la forme qui nous occupe.

La névralgie faciale est une maladie à paroxysmes ; en dehors des accès, la région atteinte est le siège d'un endolorissement pénible mais supportable. Ces accès sont parfois annoncés par des sensations de fourmillements dans un côté du visage, par des douleurs constrictives, véritable « aura » névralgique, qui sont le signal des souffrances que le malade va subir. D'autres fois le début est brusque, les douleurs sont atroces, le patient dans son langage imagé les compare à celles que produiraient les brûlures du fer rouge, les coupures du rasoir lardant les chairs en tous sens, les décharges électriques, les tiraillements réitérés du tronc nerveux. C'est au milieu des gémissements et des cris que, pour obvier à l'intensité de son mal le malheureux prend les postures les plus bizarres et qu'il croit capables de le soulager : il saisit sa tête à pleines mains et la comprime de toutes ses forces, les mâchoires se contractent, il grince

des dents, la face est crispée, grimaçante, les yeux injectés pleurent et se révulsent.

Enfin au bout de quelques minutes, d'un quart d'heure dans les cas récents, les douleurs arrivées à leur paroxysme tombent puis disparaissent. Le supplice est terminé : un endolorissement local, une sensation d'épuisement, d'anéantissement qui est presque un bien être fait place aux tortures endurées ; mais ce n'est qu'une trêve : dans quelques heures, en moins de temps encore, une autre crise également pénible va survenir avec tout son cortège d'exquises douleurs. Des accès semblables peuvent se répéter plusieurs fois dans la journée : on en a compté jusqu'à cent dans les vingt-quatre heures.

Les moindres excitations les rappellent : le frôlement d'un drap, un courant d'air même léger, l'eau froide, le bâillement, l'éternuement, la simple mastication amènent leur retour. Aussi les malades sont-ils dans de perpétuelles angoisses : ils s'entourent de mille précautions : d'aucuns refusent de quitter leur chambre, ils y vivent en reclus volontaires ; la neurasthénie trouve en eux une proie facile, et, pleins de découragement et de rancœur, certains livrent au suicide une existence qu'ils se sentent incapables de supporter davantage.

Pendant les accès et même nettement dans leurs intervalles on détermine à la pression des points douloureux, dits de Valleix, sous le trajet du trijumeau : les principaux sont ceux du trou mentonnier, du trou sous-orbitaire et de l'échancrure sus-orbi-

taire. Le point apophysaire de Trousseau qui siège sur la tubérosité occipitale externe et sur les deuxième et troisième apophyses épineuses se rencontre souvent.

Enfin les irradiations sont fréquentes : la douleur se propage à la région cervicale postérieure, sus-claviculaire, à toute l'épaule ; elle s'étend parfois jusqu'aux espaces intercostaux et même aux membres ; dans certains cas elle se répercute dans le trijumeau du côté opposé.

En dehors des accès, les téguments du côté malade sont le siège d'une hyperesthésie manifeste : le moindre contact réveille la souffrance et peut ramener la crise : les muqueuses correspondantes, les gencives et la langue en particulier sont inquiétées à chaque instant par des picotements désagréables : Les organes des sens sont rarement atteints ; toutefois la photophobie s'observe habituellement ainsi qu'une surdité grave : la surdité névralgique de Gellé, attribuée à la production exagérée de liquide intra-labyrinthique a été signalée en plusieurs circonstances.

Des troubles moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques viennent compléter le tableau clinique des névralgies de la cinquième paire. Les troubles moteurs se caractérisent par des secousses musculaires, des contractions dans une moitié du visage, un rictus spasmodique et du blépharospasme au moment de l'accès.

Les troubles vaso-moteurs sont les accessoires obligés de la crise et n'existent qu'avec elle. Le visage

pâle au début, ne tarde pas à rougir et à se tuméfier; la peau devient vernissée, luisante, comme « enduite d'un corps gras » (Romberg). Les muqueuses sont hyperhémisées les gencives saignantes, et il existe une certaine élévation de la température locale.

Les troubles sécrétoires aussi s'observent le plus souvent au cours de l'accès, mais peuvent ne se manifester qu'au déclin d'une crise. L'irritation du nerf lacrymal et du rameau orbitaire augmentent la sécrétion lacrymale; les larmes deviennent brûlantes et irritent la peau qu'elles sillonnent en tout sens. L'hypersécrétion salivaire n'est que la conséquence d'une excitation réflexe de la corde du tympan, et s'accompagne d'une réaction acide dans la moitié de la bouche du côté malade. La sécrétion nasale est rarement modifiée, mais l'on voit parfois, en plein paroxysme, la sueur perler au front des malades.

Les troubles trophiques sont surtout l'apanage de cas graves et invétérés. Les cheveux, la barbe et les sourcils s'altèrent et tombent du côté de la névralgie; d'autrefois ils blanchissent, se montrent alternativement clairs et foncés (cheveux zébrés). L'herpès est fréquent et règne sur plusieurs branches du trijumeau, le plus souvent sur la première : il constitue alors un véritable « zona ophtalmique ».

L'hypertrophie régionale de la peau, son induration ou au contraire son amincissement, son aspect lisse, s'observent surtout dans les vieilles névralgies; enfin l'hypertrophie des os de la face finit par pro-

voquer une difformité persistante du visage qui est comme la signature des ravages produits à la longue par cette douloureuse affection.

VARIÉTÉS. — D'abord des variétés de siège dont on ne peut négliger l'étude : les branches du trijumeau sont rarement atteintes dans leur ensemble ; parmi elles le nerf maxillaire supérieur et le nerf sus-orbitaire, plus rarement déjà le nerf maxillaire inférieur forment le contingent des localisations habituelles de la névralgie.

Dans la névralgie de la branche ophtalmique, la douleur se cantonne dans la partie antérieure du cuir chevelu, dans la peau du front, au niveau des sourcils, de la paupière supérieure, de la racine et du lobule du nez, de la caroncule lacrymale et dans le globe oculaire.

Il existe ordinairement quatre points douloureux : le *point sus-orbitaire* qui répond à l'émergence du nerf frontal externe, le *point palpébral* à l'émergence du lacrymal, le *point nasal* au niveau du lieu où la branche externe du nasal sort de l'orbite, et enfin le *point nasolobaire* qui correspond à l'expansion des filets ethmoïdaux dans le lobule du nez.

La névralgie sus-orbitaire commune chez les impudiques est également fréquente chez les syphilitiques. La douleur se localise alors au front, à la paupière supérieure et à la racine du nez.

La névralgie du nerf maxillaire supérieur se caractérise par des élancements douloureux dans la

paupière inférieure, les parties latérales du nez, la joue, les lèvres et les dents supérieures.

Les points douloureux sont le *point sous-orbitaire* qui répond au nerf du même nom, le *point malaire* d'où s'échappe le filet temporo-malaire, et les *points dentaires* qui traduisent l'irritation des rameaux dentaires.

Dans les dents inférieures, les lèvres, le menton, dans la moitié postérieure de la joue, la région temporale, l'oreille, la langue et le plancher buccal règne la névralgie du maxillaire inférieur. On signale généralement deux points douloureux, l'un à l'orifice mentonnier où s'épanouissent les branches du nerf dentaire inférieur, c'est le *point mentonnier*, l'autre en avant et un peu au dessous du tragus, c'est le *point auriculo temporal*, situé à l'endroit même où le nerf de ce nom contourne le col du condyle. Les points dentaires, lingual et labial sont beaucoup plus inconstants.

A côté des variétés de siège, il est des variétés symptomatiques intéressantes :

Trousseau sous le nom de *névralgie épileptiforme* a signalé le premier deux variétés de névralgie faciale, l'une convulsive, l'autre non convulsive.

Cette dernière, comme la première d'ailleurs est brusque dans son apparition : un sujet en pleine conversation est pris soudain d'une atroce douleur ; il s'arrête, porte les mains à son visage, les coudes appuyés sur les genoux, et se comprime rageusement les joues : c'est en somme le geste des névral-

gies faciales, avec cette différence qu'ici le paroxysme atteint d'emblée toute son intensité. Cette douleur est d'ailleurs de bien plus courte durée : au bout d'une minute, de quelques secondes, le malade tout à fait soulagé reprend la conversation interrompue jusqu'à production d'un nouvel accès.

Dans la forme convulsive, aux symptômes subjectifs s'ajoutent des contractions rapides et involontaires parfois toniques des muscles du visage. Les traits sont tirillés dans la partie malade, le facies est grimaçant, on est en présence du *tic douloureux*.

Les paroxysmes se répètent ici avec une fréquence inouïe ; il n'est pas rare d'en compter trente, quarante et cent dans les vingt-quatre heures, capables de créer ainsi par leur subintrance un véritable état de mal. La nuit n'est pas plus clémente que le jour, de sorte qu'il est impossible au malade de prendre quelque repos.

Les émotions morales, les bruits répétés, les transitions brusques de température, le fait de boire ou de manger peuvent réveiller la douleur. Ce qu'il y a de caractéristique dans cette affection, c'est l'irrégularité, le manque de périodicité des accès ; les souffrances se calment pendant des semaines et des mois, puis reviennent s'abattre sur le malheureux patient pour le torturer encore pendant des jours, des semaines et des mois. A chaque nouvelle série de crises le même ordre de nerfs est atteint. L'opiniâ-

treté des douleurs, la résistance au traitement vont de pair avec l'irrégularité et l'intensité des accès.

Les troubles trophiques ne manquent pas toujours dans cette variété de névralgie ; l'aplatissement de la face chez la malade de Trousseau en est un exemple probant.

En lisant cette description de la névralgie faciale banale dont nous empruntons les divers traits aux descriptions classiques on a purement reconnaître au passage quelques-uns des caractères de la spécificité ce qui montre bien que dans nombre d'observations qui ont servi à tracer ce tableau clinique, la syphilis n'a pas été suffisamment recherchée, en particulier à l'aide du traitement.

Voyons maintenant comment se présente la principale manifestation douloureuse céphalique de la syphilis.

Les complications syphilitiques des centres nerveux s'accompagnent d'une céphalée spéciale avec état cérébral et troubles généraux de nature particulière.

La céphalée syphilitique est une douleur intense qui semble naître dans les profondeurs du cerveau : Fournier l'appelle *encéphalalgie*. Cette douleur se localise en des régions déterminées, et en particulier dans la région fronto-pariétale. Les exacerbations périodiques qui la caractérisent sont coupées par des périodes d'accalmie ; elles ont tendance à paraître le soir ou pendant la première partie de la nuit, puis se dissipent aux premières lueurs du jour ; dans certains cas cependant, mais exceptionnels, les dou-

leurs ont leur maximum à l'heure du réveil. L'insomnie est la compagne habituelle de ces céphalées nocturnes, mais peut exister indépendamment d'elles.

L'état cérébral qui vient s'adjoindre à ces douleurs de tête se traduit par une lenteur des idées, une incapacité aux travaux intellectuels, plus tard par un véritable affaissement, une amnésie plus ou moins prononcée. Les accès de violence et de tristesse, l'abattement, l'indifférence sont des modifications de caractère qu'il est fréquent de rencontrer chez les victimes de la syphilis nerveuse.

Les malades vivement affectés par un état de santé dont ils ne s'expliquent pas toujours la cause voient leurs forces s'amoindrir : déjà l'appétit diminue, le visage prend le masque de l'abattement et de la langueur, l'amaigrissement commence à dessiner ses ravages.

Les névralgies faciales syphilitiques empruntent à la céphalée syphilitique, quelques-uns de ses caractères elles peuvent évoluer concurremment avec elle et comme le fait remarquer Herrouet, il est probable qu'à une analyse très serrée on trouverait de la névralgie de la cinquième paire dans nombre de cas de céphalée syphilitique.

Fournier a bien montré que les caractères cliniques de la névralgie étaient variables suivant la période de la maladie à laquelle elle se montre. Nous allons étudier successivement les cas qui peuvent se présenter :

I

Névralgie syphilitique de la période secondaire

Les névralgies secondaires de la syphilis sont assez fréquentes et se rencontrent de préférence chez la femme ; elles seraient même, d'après certains auteurs, extrêmement rares chez l'homme. Les nerfs de la cinquième paire paraissent être le plus communément atteints, et parmi leurs rameaux la branche sus-orbitaire. Bien qu'elles présentent les symptômes des névralgies en général, les névralgies de la roséole se distinguent des autres par des caractères qui leur sont propres : Elles sont *partielles* : nous l'avons constaté pour le trijumeau plus souvent frappé dans son nerf sus-orbitaire (la névralgie sciatique par exemple élit domicile dans la région lombosacrée lombocrotale et descend rarement plus bas).

Ces névralgies sont d'autre part plus diffuses et ne présentent pas les points fixes qu'il est d'usage de rencontrer dans les cas simples. Nous savons que les points de Valleix font également défaut dans les névrites, et que la douleur y règne sans localisation nette sur tout le parcours du tronc nerveux. Les névralgies syphilitiques, dit-on, sont capricieuses dans leur marche, sujettes à des recrudescences et à des rémissions, Mais l'intermittence est le fait de la plupart des névralgies et de beaucoup de névrites, et nous ne croyons pas qu'on doive la considérer comme un symptôme de grande valeur.

Par contre l'exaspération vespérale des douleurs présente une importance diagnostique que peu d'auteurs contestent. En cas de névralgie du trijumeau, ces douleurs affectent les caractères d'une céphalée syphilitique plus ou moins localisée.

Lorsque la névrite (si comme nous le pensons, il existe bien des névrites syphilitiques secondaires) vient compliquer la névralgie, aux signes de cette première affection viennent s'adjoindre ceux de la seconde ; parmi les troubles sensitifs, et après une période d'hyperesthésie plus ou moins prononcée, l'analgésie d'abord, l'anesthésie ensuite font leur entrée en scène ; l'anesthésie traduit l'altération des tubes nerveux : elle est le plus souvent complète et porte sur les modes divers de la sensibilité.

Les troubles moteurs marqués au début par des spasmes et des contractures se caractérisent surtout par des paralysies accompagnées, à cette période, de céphalée violente ; c'est du moins ce dont témoigne l'observation de Gilles de la Tourette et Hudelo qui a trait à une paralysie faciale survenue au cours de la roséole.

Des troubles trophiques enfin viennent compléter le tableau clinique ; ils portent le plus souvent sur l'appareil musculaire qui s'atrophie ; on y observe une diminution puis une disparition de la contractilité électrique et même une réaction de dégénérescence parfois prononcée.

D'ailleurs ces troubles graves manquent assez

souvent dans les névralgies secondaires qui ne révèlent qu'une atteinte assez superficielle du nerf.

Il est fréquent d'observer des troubles concomitants : manifestations de la syphilis secondaire (manifestations cutanées), ou d'autres névralgies, intercostale, sciatique ou autres, s'accompagnant de douleurs assez vives. Les reflexes tendineux et cutanés sont souvent exagérés, comme si tout le système nerveux était en état d'irritabilité, sous l'influence de l'invasion syphilitique générale. Dans un cas les reflexes pupillaires étaient diminués.

Le liquide céphalo-rachidien présente les caractères dont nous avons parlé antérieurement.

II

Névralgies de la période tertiaire

Les névralgies tertiaires relèvent surtout de la compression, et cette compression due le plus souvent à la pachy-méningite s'exerce à la base du cerveau, au niveau du ganglion de Gasser ou dans son voisinage. On a cité cependant des cas consécutifs à une rhénite nécrosante tertiaire (Dieulafoy), à une gomme du frontal (Marolle), à une perforation du voile du palais (Dalché, Herrouet).

Le début est marqué par des douleurs passagères ou permanentes. Le nerf irrité par l'agent de compression traduit sa souffrance par des phénomènes d'excitation : céphalée vespérale, paroxysmes névralgiques sous formes de décharges électriques.

Le plus souvent il s'agit d'une céphalée persistante qui a son point de départ à l'arcade sourcilière du côté malade ; de là elle s'irradie vers la tempe, puis vers l'occiput et s'accompagne de fourmillements du côté de la face. Cette douleur continue est souvent entrecoupée de crises violentes qui s'étendent jusqu'à l'œil et à la joue du même côté. Ces manifestations de la névralgie tertiaire syphilitique ont leur maximum pendant la nuit et s'amendent dès l'aube.

La sensibilité dans la sphère du trijumeau a disparu en totalité ou en partie et les différents modes de cette sensibilité sont atteints. Les reflexes cutanéo-muqueux ont disparu : « on peut chatouiller la narine sans provoquer la moindre réaction de défense, le moindre éternuement ». Ces troubles sensitifs apparaissent en général tardivement, et cependant, dans un cas de Von Græfe, ils auraient précédé ceux de la sensibilité subjective.

Les troubles trophiques ne sont pas rares : poussées d'herpès, ulcérations cornéennes peuvent également se rencontrer. Nous nous sommes demandé dans quelle mesure, un certain nombre de cas de *zona ophtalmique* étaient exempts de spécificité à l'origine : on en trouvera des preuves dans les thèses de Hybord, de Suelzer. Nous rapportons un cas de Daguenet où le *zona ophtalmique* s'accompagna de névrite optique, et où tous les phénomènes furent guéris par des frictions mercurielles. L'auteur ne songea même pas à la syphilis et cepen-

dant nous croyons pouvoir le lui rattacher sans hésiter. Enfin parmi les trois cas de zona ophtalmique accompagnés d'hémiplégie alterne que rapporte M. Brissaud, le second au moins nous paraît très probablement dépendre la syphilis.

Mais un des symptômes les plus caractéristiques de la névralgie syphilitique tertiaire réside sans conteste dans la paralysie de la branche motrice. La mastication devient alors pénible : il y a parésie des muscles masticateurs. C'est quand cette paralysie des muscles masticateurs coexiste avec de l'anesthésie dans le domaine du trijumeau que l'on peut, avec Lévy, parler de « paralysie du trijumeau sensitif et moteur ».

La paralysie des nerfs voisins accompagne assez souvent la paralysie syphilitique du trijumeau : le moteur oculaire commun et le facial sont alors plus spécialement éprouvés.

La paralysie totale de la troisième paire, quelle que soit la date de son apparition, se traduit toujours par les mêmes symptômes : le ptosis ou chute de la paupière supérieure est un des plus faciles à constater ; la déviation en dehors et en bas du globe oculaire, sa fixité, telle, que dans certains cas, il semble figé dans les masses molles environnantes sont également caractéristiques.

La diplopie ou vision double des objets est un signe intéressant : les deux images sont croisées et placées l'une au-dessus de l'autre, mais ce symptôme n'existe pas si la vision de l'œil atteint se trouve

annihilée par une amblyopie ou un ptosis complet. Pour corriger cette diplopie, le malade donne à sa tête une position particulière : il l'incline du côté sain. Par suite de la paralysie du muscle constricteur, la pupille se dilate et devient immobile : il y a mydriase, on note enfin une diminution, ou même une abolition, du pouvoir accommodateur due à la paralysie du muscle ciliaire.

Les paralysies partielles se caractérisent par des déviations en dehors pour le droit interne, en bas pour le droit supérieur, en haut pour le droit inférieur, et en dedans pour le petit oblique.

La *paralysie faciale* accompagne souvent la précédente : dans la paralysie faciale simple, tous les muscles de la face sont parésiés ou paralysés d'un côté, sauf les muscles masticateurs. La bouche est déviée, attirée du côté sain. L'aile du nez s'affaisse pendant l'inspiration. La luette est également portée vers la région indemne, les paupières se ferment difficilement. Le malade ne peut ni souffler, ni siffler.

La paralysie faciale syphilitique est presque toujours incomplète : il n'y a jamais paralysie absolue ; elle est aussi partielle, n'atteint qu'un groupe des muscles et non sous les muscles d'une moitié de la face. L'orbiculaire des paupières est ordinairement respecté ; il n'existe parfois qu'une hémi-paralysie du voile du palais.

D'autres nerfs enfin peuvent encore être pris, le nerf optique, ce qui est assez fréquent, et plus rare-

ment le moteur oculaire externe, l'olfactif et le pathétique.

Si nous insistons avec détails sur les caractères de ces paralysies associées à la névralgie, c'est qu'elles ne manquent pas d'intérêt : On a pu, grâce à une paralysie concomitante du pathétique rapporter l'anesthésie du territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur à une lésion du tronc nerveux au niveau du trou rond (Broadbent).

De concert avec les troubles névralgiques il existe souvent des troubles trophiques sur lesquels nous ne voulons nullement revenir.

III

Névralgie des affections parasymphilitiques.

Névralgie tabétique.

Topinard, le premier, signala chez les malades tabétiques des douleurs dans les mâchoires et dans l'œil ; Pierret plus tard démontra la participation du trijumeau aux lésions du tabes. On conçoit d'ailleurs que les noyaux de ce nerf, prolongement bulbo-protubérantiel des cordons postérieurs de la moelle, puissent être envahis par le processus tabétique toujours ascendant.

Deux types cliniques caractérisent la névralgie tabétique du trijumeau : le type fulgurant, le type persistant ou continu (Pierret).

Type fulgurant. — Dans le premier cas les malades se plaignent d'élançements, de douleurs en éclairs au niveau du front, de l'oreille, de la bouche, des dents, du maxillaire inférieur.

Les branches orbitaires sont, par ordre de fréquence les plus souvent atteintes, puis viennent le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur et le lingual. Ces douleurs laissent presque toujours après elles un certain degré d'hyperesthésie.

Type persistant. — Dans ce cas les souffrances sont plus sourdes, mais continuelles et entrecoupées de paroxysmes ; elles ont leur lieu d'élection autour des orbites, au niveau de l'arcade sourcilière, à la racine du nez, et s'accompagnent de sensibilité exagérée de la peau, ou bien au contraire d'anesthésie douloureuse. Pierret signale aussi, dans certains cas, de la photophobie avec écoulement des larmes et troubles vaso-moteurs ; enfin d'après le même auteur, l'œil lui-même peut être le siège de vives douleurs.

Les troubles de la sensibilité objective, sont fréquents dans la névralgie tabétique du trijumeau, l'anesthésie tactile en particulier ; c'est ainsi qu'un malade de Baudet était incapable de tenir sa cigarette entre ses lèvres. L'anesthésie à la piqure peut exister aussi dans la région du front, des joues, de la langue. La thermanalgésie se rencontre également.

Les troubles trophiques ne font jamais défaut, quelques-uns sont assez particuliers : tels sont ces erythèmes soudains, ces œdèmes brusques et passa-

gers, à nous révélés par Merklen et Heiz à la Société médicale des Hôpitaux, par Baudet dans sa thèse ; telle est surtout cette chute spontanée des dents qui se complique parfois de mal perforant buccal. Contrairement à ce qui se passe dans les névralgies proprement syphilitiques du trijumeau, la branche masticatrice est rarement touchée dans la névralgie faciale du tabes : sa paralysie est exceptionnelle ; à peine, dans une ou deux observations a-t-on constaté une légère parésie.

Enfin la névralgie tabétique du trijumeau, symptôme précoce, parfois initial, de la maladie, s'accompagne souvent des signes de tabes au début : abolition du réflexe Achilléen, fulguration des membres, signe d'Argyll Robertson, troubles urinaires. Il existe toujours une lymphocytose marquée du liquide céphalo-rachidien.

Dans deux observations, l'une de Pierret, l'autre de Lévy, la syphilis n'était même pas soupçonnée et se trouvait complètement mise hors de cause.

Nous pourrions, si nous voulions, nous laisser aller à compliquer les faits, ranger encore un certain nombre de névralgies syphilitiques sous le nom de *névralgies réflexes*, en les considérant comme des répercussions douloureuses de lésions nettement syphilitiques, siégeant sur un point du territoire du trijumeau (fosses nasales, dents, œil, etc.). Nous ne le croyons pas nécessaire, car nous ne connaissons pas d'observation dans laquelle il soit démontré que le nerf sur lequel siégeait la douleur n'était aucune-

ment altéré par la syphilis ; d'autre part, dans presque tous ces cas, le mercure parvint à guérir les lésions osseuses, oculaires et la névralgie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic porte sur deux points : reconnaître l'existence d'une névralgie faciale et l'attribuer à la syphilis. Le premier point est relativement facile ; nous avons dit cependant que, dans bien des cas, il fallait être averti pour déceler la névralgie faciale dans la céphalée syphilitique. Mais le point le plus épineux de beaucoup est de dépister la syphilis, surtout si l'on se trouve en face des dénégations des malades et de l'absence d'autres signes de spécificité.

Le diagnostic des névralgies syphilitiques secondaires s'affirme par diverses considérations :

Les antécédents de syphilis récente ont une importance sur laquelle il est inutile d'insister ; mais il est parfois difficile d'obtenir sur ce sujet tous les renseignements désirables, ces malades s'obstinant souvent à cacher une affection qu'ils considèrent comme une tare.

L'existence d'accidents secondaires constitue également un précieux témoignage, mais il est bon de ne pas oublier que dans bien des cas la névralgie est la seule manifestation de la diathèse.

Les symptômes énumérés plus haut et surtout l'exaspération nocturne des douleurs peuvent suffire lorsque les autres éléments de diagnostic viennent à manquer.

Enfin d'une part l'absence d'autres conditions étiologiques, l'insuffisance des traitements habituels, d'autre part, l'action tout particulièrement efficace du traitement mercuriel ont une signification telle, que dans bien des cas elles ont seules servi à trancher le différend ; car il ne faut pas oublier que le traitement ne saurait échouer dans aucune névralgie secondaire.

Il en va autrement de la névralgie syphilitique tertiaire. Nous ne saurions trop insister sur ce fait que cette névralgie est souvent l'expression monosymptomatique du tertiarisme. D'autre part elle ne présente rien qui la distingue de la névralgie faciale commune. On disait autrefois couramment que la syphilis ne pouvait produire seule le tic douloureux de la face. L'observation, un peu insuffisante il est vrai, de Huguenin, et une autre du professeur Debove, viennent démontrer le contraire. Enfin les symptômes associés peuvent aiguiller sur une autre voie : dans la deuxième observation de Balfour par exemple, il aurait été très naturel, en présence de la céphalée persistante, des troubles oculaires et des modifications intellectuelles de penser à une volumineuse tumeur cérébrale, alors qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique, somme toute assez peu volumineuse.

Il est vrai que nous avons là le traitement dit pierre de touche et que la résolution des accidents sous son influence confirmera notre hypothèse diagnostique. Mais nous ne saurions trop insister sur ce fait impor-

tant que les lésions peuvent être définitives, le traitement inutile et que la névralgie peut se comporter comme une névralgie ordinaire.

La névralgie tabétique aura son diagnostic fait en même temps que celui du tabes. Elle accompagne souvent le tabes au début et nécessite par conséquent la recherche minutieuse de tous les symptômes.

Nous ne nous attardons pas à faire des diagnostics différentiels avec les diverses prosopalgies qu'il est possible d'observer en dehors de la syphilis. Il y a là, un exercice de scolastique pure qui ne présente aucun intérêt pratique.

TRAITEMENT

Il semble que toute la question du traitement des névralgies faciales syphilitiques tienne dans l'emploi du mercure sous une forme ou une autre. Il n'en est rien comme nous nous proposons de le montrer. Les indications thérapeutiques étant variables suivant les cas, nous reprenons la division en périodes.

Névralgies de la période secondaire. — Elles sont, dans tous les cas, justiciables du mercure. Il ne nous semble pas qu'ici une forme de traitement soit plus indiquée qu'une autre ; on se laissera guider par l'intensité même des douleurs : aux névralgies pénibles, très douloureuses, rendant par leur tenacité et leur acuité la vie pénible, on opposera un traitement intensif. Pour les autres, on appliquera le traitement que rendent nécessaires les accidents secondaires concomitants. Dans tous les cas on doit obtenir un résultat, et un résultat favorable, rapidement et complètement, étant donné le peu de profondeur des lésions nerveuses et la tendance naturelle qu'elles présentent à guérir spontanément.

Névralgies de la période tertiaire. — Nous aurons deux cas différents à distinguer : tantôt il s'agit d'une lésion récente, très accessible au traitement mercu-

riel, tantôt on se trouve en présence d'une lésion invétérée, en quelque sorte cicatricielle.

Envisageons le premier cas, celui sur lequel insistent seulement tous les auteurs qui se sont occupés de la névralgie faciale syphilitique. Presque toujours dans ces cas le traitement fait merveille. Il s'agit le plus souvent d'un malade auquel tous les traitements ont été administrés, qui a eu recours aux bains, à la révulsion sous toutes ses formes, auquel l'opium à doses massives est devenu indispensable. Le médecin traitant a soudain l'idée de lui prescrire le traitement mercuriel et voilà guéris par enchantement non seulement la maladie, mais encore les besoins artificiels qu'elle avait créés.

Sous quelle forme faut-il employer le traitement. Ici, il nous semble qu'il ne doit pas y avoir d'hésitation ; l'atteinte est profonde ; il y a lésion grave des centres nerveux, souvent une vraie tumeur qui les comprime ; il faut appliquer le traitement intensif sous forme d'injection hypodermique ou plutôt intramusculaire, chaque médecin pouvant, suivant sa prédilection, les faire solubles ou insolubles. L'essentiel est d'injecter le plus possible de mercure. L'huile grise, le bi-iodure, le benzoate de mercure, l'énésol donneront en général d'excellents résultats. Il faut avoir bien soin de la bouche et des dents pendant toute la durée du traitement et donner au besoin des eaux chloro-sulfureuses (celles d'Uriage par exemple) pour favoriser l'utilisation du mercure.

On peut aussi se poser la question de l'emploi de

l'iodure ; pratiquement elle est résolue et les auteurs s'accordent à le considérer comme inutile, M. Dieulafoy notamment, dans sa leçon clinique sur le sujet, fait remarquer qu'il est arrivé à guérir son malade, sans iodure et qu'il en est ainsi dans la plupart des cas. L'iodure est donc un surcroît de thérapeutique inutile.

Quand on a appliqué avec vigueur et pendant un temps suffisant le traitement anti-syphilitique, on peut obtenir une guérison rapide et complète, véritablement inespérée.

Cette guérison, nous le répétons, démontre le plus nettement du monde la nature syphilitique des lésions. Néanmoins il est des cas où elle est assez lente. Il en est d'autres où elle est incomplète. Il en est enfin où après une amélioration passagère la névralgie revient plus vive et plus durable. On peut se demander si dans ces faits le traitement a été assez intensif. La troisième malade de Balfour mourut, après avoir été soumise seulement à un traitement *per os* et n'avoir absorbé qu'une quantité relativement faible de mercure.

Lorsque le traitement régulièrement institué, régulièrement poursuivi a été pratiqué d'une façon assez intensive et que d'autre part il n'a pas été suivi de guérison, que faut-il en conclure ? En fait une telle éventualité ne paraît pas s'être souvent produite. Dans les observations que nous rapportons, l'administration du mercure a toujours été suivie de succès thérapeutique lorsque le traitement a été

continué assez longtemps, et d'une façon assez intensive.

D'autre part, les observations de névralgie faciale que nous trouvons dans la littérature mentionnent assez souvent que l'origine syphilitique n'était pas à suspecter ; mais il n'est pas de cas, nous semble-t-il, où il ait été question d'un échec de la thérapeutique mercurielle essayée à tout hasard. Ce fait même se fût-il produit, que nous ne devrions pas conclure à la non spécificité de la névralgie : Nous avons, à plusieurs reprises, insisté sur ce fait que des lésions nerveuses cicatricielles, d'origine syphilitique, n'ont aucune chance de rétrocéder sous l'influence du traitement spécifique. Dans ces cas où la syphilis est à discuter comme étiologie possible, sa notion de causalité ne nous paraît d'aucun intérêt pratique, et nous retombons dans les grandes indications du traitement des névralgies, avec la révulsion et les analgésiques sous leurs différentes formes. S'ils ne réussissent pas, ce qui se produira probablement, il faut en venir à des thérapeutiques plus actives encore : méthode ionique de Leduc, injections d'alcool suivant le procédé de Lévy et Baudoin, extirpation du ganglion de Gasser.

Dans la majorité des cas, on n'aura pas besoin de tant de complications thérapeutiques parce que les lésions cicatricielles auront détruit le nerf, au point que l'anesthésie aura pris la place de la douleur. Le traitement alors devra surtout avoir en vue les troubles vaso-moteurs, trophiques et sécrétoires graves

qui accompagnent si souvent ces lésions avancées.

Enfin dans les névralgies tabétiques on pourra essayer de la ponction lombaire qui a atténué quelquefois des accidents douloureux, et surtout du traitement mercuriel. On sait en effet que dans le tabes il suspend quelquefois les accidents tels que crises gastriques, douleurs fulgurantes, précisément parce que ceux-ci semblent dus à des poussées aiguës de la maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Marie F..., couturière, 66 ans, entrée dans le service du Dr Debove en décembre 1904.

Père mort de maladie inconnue. Mère morte à 82 ans.

Bien portante jusqu'à son premier mariage ; se souvient seulement d'avoir souffert des yeux et de l'oreille (écoulement).

Mariée deux fois.

Du premier lit, d'abord deux fausses couches de six mois, puis un enfant qui ne vit qu'un an (après avoir présenté une éruption papuleuse sur les fesses). A ce moment, soignée par différents médecins et mise vraisemblablement au traitement spécifique. Mari mort d'ailleurs à 32 ans de la poitrine, et, à son dire, probablement syphilitique.

Du second lit deux enfants encore vivants et bien portants âgés respectivement de 32 et 34 ans, et deux fausses-couches expliquées toutes deux par de violents traumatismes.

Le deuxième mari est mort de congestion cérébrale.

De 26 à 40 ans, bien portante.

A 40 ans, à peu près tous les huit jours, migraine : douleurs en coups de marteau, intolérables, éclatant la nuit. Durent environ deux ans sans aucun traitement et cessent brusquement, après un séjour à Arcachon où la malade travaillait en journée.

A 42 ans, au moment de la ménopause, troubles mentaux, étourdissements, syncopes fréquentes, anémie marquée. Soignée « pour la poitrine » jusqu'à 46 ans.

Bien portante depuis 46 ans (date de la dernière fausse-couche accompagnée de fracture du bras) jusqu'à 64 ans.

Etat actuel. — Il y a deux ans en se mettant à table, la malade commença à ressentir des douleurs dans la face, à droite, douleurs qui se calmaient au cours de la mastication. Cela dura pendant quelque temps ; un matin en s'essuyant le visage elle remarqua une hyperesthésie cutanée notable ; elle reste six mois sans souffrir, puis les douleurs recommencent ; depuis un an ces douleurs sont continues, néanmoins supportables en été. Au moment des douleurs la malade s'aperçoit qu'elle est atteinte de polyphagie et surtout de polydipsie ; elle ne semble pas avoir eu de polyurie. Il ne semble pas qu'elle soit glycosurique. Cette femme avait pris de l'enbonpoint, mais depuis un an elle présente un amaigrissement considérable.

La face est grimaçante, les traits sont tirés ; elle est prise brusquement, en bâillant par exemple, de douleurs lancinantes, fulgurantes, de courte durée. Alors contractions spasmodiques de la face, mouvements douloureux, larmoiement, mouvement de déglutition.

Dans la bouche du côté droit manquent toutes les molaires et les canines en haut ; en bas il reste une seule dent ; la muqueuse est de couleur normale. Sur la langue, desquamation épithéliale en flots.

Les liquides sont facilement déglutis, lorsqu'ils sont tièdes, mais le passage des solides est très difficile. La malade ne se nourrit que de potages et de bouillon.

Points douloureux : pas de point sus-orbitaire, point sous-orbitaire sensible à la pression forte. Maximum des douleurs au niveau de la branche maxillaire inférieure à l'intérieur de la bouche et au dehors. Douleurs spontanées dans la gencive de même que dans une petite zone triangulaire de la base de la langue.

Quinze jours avant son entrée est apparue à l'extrémité interne de l'épine de l'omoplate une petite tuméfaction douloureuse qui est devenue un anthrax typique, à allure d'ail-

leurs torpide, sans grandes douleurs, sans réaction faible. Elimination de bourbillons.

Réflexes rotuliens très exagérés.

Cœur normal.

Rien à l'examen des divers appareils.

Le traitement est commencé le lendemain de l'entrée et l'on fait une série de 20 piqûres de bi-iodure associées à 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Dès la cinquième piqûre, la malade reconnaît qu'elle dort mieux. Cependant toutes les nuits ne sont pas bonnes, et c'est très irrégulièrement que la malade dort cinq à six heures de suite.

Dans la journée les douleurs sont moins fréquentes ; cependant au début de chaque conversation, la crise douloureuse recommence, mais dure moins longtemps. La malade mange plus facilement.

Le 10 décembre, la douleur restait localisée surtout au niveau des branches antérieures du maxillaire inférieur. L'anthrax qui a suivi une marche très normale est complètement cicatrisé.

La malade sort le 15 décembre 1904.

Elle revient le 10 janvier 1905 et jusqu'au 5 février on lui fait 20 piqûres de bi-iodure de mercure à raison de 2 c. cubes par jour. A la suite on observe une amélioration des phénomènes douloureux observés.

En avril quelques piqûres d'huile grise sont faites sans résultat.

En mai on lui en refait à nouveau : du 12 au 24 mai, piqûres de 1 c. cube de bi-iodure. Du 24 mai au 14 juin 1905, 20 piqûres de 0 gr. 02 d'énésol. On obtient peu de résultats et la malade sort souffrant toujours beaucoup.

OBSERVATION II

Dieulafoy : *Néuralgie syphilitique du trijumeau*. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. T. III, 1898-1899.

Malade âgé de 41 ans, employé de commerce, souffre depuis quatorze ans. Il se plaint d'une névralgie faciale droite avec participation des trois branches du trijumeau. Le nerf ophtalmique est pris surtout dans son rameau frontal, un peu dans son rameau lacrymal, presque pas dans son rameau nasal. Pour le nerf maxillaire supérieur on constate l'atteinte des rameaux orbitaires et sus-orbitaires, les rameaux dentaires étant à peu près intacts. Le nerf maxillaire inférieur enfin n'est intéressé que dans ses rameaux auriculo-temporal et mentonnier, à peine dans ses rameaux dentaires, le rameau lingual est complètement, indemne.

La douleur survient par crises surtout nocturnes ; le jour endolorissement tolérable, le soir et la nuit souffrances terribles, impossibilité de dormir ; la douleur était continue, sans le moindre répit ; le pauvre homme se relevait et se recouchait vingt fois par nuit, poussant des gémissements. Au lieu de savourer les quelques heures d'accalmie relative qu'il éprouvait dans la journée, il appréhendait avec terreur la nuit qui allait venir et était hanté par la perspective des douleurs qui l'attendaient.

Le début s'était produit en 1884 sans cause apparente par une douleur au côté droit du front ; d'emblée le nerf ophtalmique avait été fortement atteint, alors que les autres branches restaient relativement indemnes. Dès l'origine le mal s'exagère au moment des crises douloureuses. La crise dure de quinze jours à un mois ; elle est marquée par des douleurs paroxystiques accompagnées de larmoiement : « broiement des os, arrachement des chairs. » Mais pas de répit complet ; la crise une fois installée dure des heures entières sans discontinuer.

Dans les intervalles des crises, bien-être relatif : le sommeil reparait, mais la région reste endolorie, avec de petits élancements. Le calme dure quelques jours, quelques semaines et la douleur reparait.

Le malade a été soumis à des médications multiples. Il a demandé le traitement chirurgical que Verneuil lui a refusé. Chez Schwartz il a été soumis à des doses croissantes de morphine, jusqu'à 10 gr. 50 par jour. Rentré chez lui il est monté jusqu'à 2 grammes pour obtenir le calme. Couvert d'abcès il a dû renoncer à la morphine et deux ans après, en 1893 il s'est mis à l'opium. Il en absorbe 1 à 2 grammes par jour et en obtient quelque soulagement.

C'est alors qu'il entre à la Clinique de l'Hôtel-Dieu. On constate alors une déformation marquée du nez : l'haleine est fétide, le nez est effondré à sa base, les narines sont effilées. La rhinoscopie pratiquée par Bonnier montre une rhinite syphilitique tertiaire avec délabrements multiples, exostoses dans les deux narines, destruction presque complète de la cloison et des deux méats inférieurs.

Ces lésions, dit le malade, ont débuté peu après la névralgie faciale, en 1885, par tuméfaction du nez, écoulement nasal muco-purulent, croûtes épaisses et sanguinolentes, fétidité de l'haleine. Depuis il a toujours mouché des séquestres et la puanteur de son haleine lui a fait perdre plusieurs places.

On constate en outre de la surdité à droite avec perforation du tympan et exostose volumineuse. Le tout provient d'un coup de pistolet qu'il s'est tiré en 1880. On élimine la balle auriculaire comme cause de la névralgie : la balle est très antérieure au début de la névralgie ; elle n'a pas pénétré dans le crâne, mais est arrivée dans le pharynx d'où elle fut rejetée avec du sang, en présence des médecins.

Reste la syphilis. Mais de quelle nature est la lésion ? Névrite du trijumeau ? lésion de voisinage ? Il est impos-

sible de le dire: le plus étrange est la durée du phénomène.

« J'instituai donc sans tarder, dit Dieulafoy, le traitement mercuriel. On fit tous les jours une injection huileuse de bi-iodure à la dose de 0 gr. 006 milligr. J'autorisai le malade à continuer la dose journalière d'opium (15 à 20 centigr.) dont il avait depuis longtemps l'habitude. ».

« Dès la huitième injection mercurielle, cet homme se sent tellement soulagé qu'il abandonne l'opium. Les douleurs névralgiques sont moins violentes, moins longues dans leurs paroxysmes; les nuits sont plus calmes, le sommeil dure deux ou trois heures sans interruption. Du même coup la rhinite s'améliore, la sécrétion nasale est moins abondante les croûtes sont moins épaisses et se détachent plus facilement. L'ozène diminue.

« Le 3 janvier, jour de la quatorzième injection, le malade est si satisfait de son état qu'il entrevoit la guérison prochaine; il est tout joyeux, il dort bien, il mange de bon appétit, il engraisse, il éprouve un bien-être qu'il n'avait plus connu depuis quatorze ans. Il analyse sa situation avec intelligence et en détail, etc. »

« Le 7 janvier, après la dix-huitième injection, le malade quitte momentanément l'hôpital; il revient le 19 janvier, toujours satisfait de son état. » Nouvelle série de neuf injections de 0 gr. 006. Il quitte l'hôpital le 29 janvier. Il revient en mars; il a repris un travail pénible et gagne bien sa vie; pas de nouvel accident, plus de rhinite, d'ozène et de névralgie faciale. — Revu le 20 octobre, depuis huit mois pas la moindre douleur.

OBSERVATION III

Balfour. *Trigeminal neuralgia as a symptom of syphilis.*

Malade arrivant avec une histoire de névralgie de huit mois persistant en dépit de l'emploi de tous les remèdes ima-

ginables ; en fait elle avait été traitée sans succès il y a huit mois avec les remèdes les plus actifs pour une névralgie persistante du nerf frontal, et maintenant cette maladie avait atteint son paroxysme douloureux avec les points de Valleix au complet.

L'œil droit étant couvert d'un bandeau noir, la malade expliqua qu'un de ses médecins le lui avait prescrit pour obvier à la diplopie dont elle souffrait, les deux yeux découverts. En découvrant l'œil on constatait un strabisme interne sans altération de la pupille, et en dehors d'un peu de faiblesse de la vision, il n'y avait pas à noter de phénomènes subjectifs, excepté le strabisme. Mais cela suffisait : nous avons découvert une altération fonctionnelle dans deux nerfs sans connexion l'un avec l'autre, si ce n'est leur continuité dans le sinus caverneux, région par excellence de la syphilis crânienne. Cette femme étant une respectable femme mariée, nous n'avions pas à lui parler de syphilis, et ce ne fut pas fait ; mais le traitement anti-syphilitique amena la guérison. On découvrit peu à peu que deux ans auparavant environ elle avait eu un mal de gorge (*sore throat*) persistant avec perte de la voix, et qu'à ce moment il y avait eu soupçon de syphilis.

La névralgie fut considérablement améliorée en une semaine et guérit en quinze jours. La paralysie persista davantage et céda à la faradisation du droit externe. La patiente fut renvoyée guérie et s'est bien portée depuis.

OBSERVATION IV

Balfour *ibid*, rapportée très brièvement.

Il s'agissait d'un syphilitique avéré, paraplégique, et porteur d'une névralgie faciale. Celle-ci fut guérie par le traitement mercuriel.

OBSERVATION V

(Balfour, *ibid.*)

Sarah Bryce, âgée de 21 ans, admise à l'Infirmierie royale, salle XIII, le 9 septembre 1872, se plaignant de malaise général et maux de tête fréquents. Douleur violente dans l'œil droit, irradiant le long du trajet de la branche frontale du trijumeau. Cette douleur avait commencé environ quinze jours avant son entrée. La malade dit que depuis deux ans elle a souffert plus ou moins constamment de névralgie dans la tête et la face. Cela a commencé graduellement et du côté gauche d'abord, l'œil gauche ayant été affecté l'hiver d'avant son admission, pendant deux mois. Il y a huit mois, suppression totale des règles qui avaient été d'abord irrégulières, n'apparaissant pas plus de six fois en deux ans. Sa santé avait fortement décliné depuis que cette suppression était devenue totale ; avant l'irrégularité, elle était assez bonne. L'été qui précéda son admission, elle eut une angine ulcéreuse.

Sa mère est morte lorsqu'elle était encore enfant ; son père, encore vivant, est bien portant. Elle a cinq frères et sœurs vivants, en bonne santé, une sœur est morte, à 8 ans, de méningite tuberculeuse. Il s'agit donc d'une femme faible, apparemment prédisposée par hérédité aux affections nerveuses, se plaignant de névralgie persistante. Le poulx est petit, faible et régulier ; les bruits du cœur sont un peu plus retentissants que normalement, la langue est humide et propre, l'appétit est faible, les selles sont régulières, les urines normales.

Traitement : bromure de potassium à pleine dose dans une infusion amère.

Sept jours après son admission, apparition d'un peu de ptosis à gauche, et diagnostic de syphilis en dépit de toutes ses dénégations. Administration de solution d'iode rouge de mercure. Pendant quelque temps les phénomènes s'accroissent rapidement, et environ quinze jours après la constata-

tion du ptosis nous avions du strabisme externe avec diplopie telle que la fausse image était vue un pouce et demi ou deux à droite de la vraie. Il y avait chute de la paupière supérieure droite qui pouvait cependant être légèrement élevée par action de l'occipito-frontal aidé d'une légère pression au-dessus du sourcil. L'œil ne pouvait être mù dans aucune autre direction qu'en dehors, le droit externe étant le seul muscle non paralysé. La pupille était en mydriase permanente, mais se contractait de 3 lignes $\frac{3}{4}$ à 2 lignes sous l'influence du calabar.

Il s'agissait évidemment de gomme syphilitique intéressant très sérieusement le moteur oculaire commun et comprimant la branche frontale du trijumeau. Le pathétique paraissait aussi atteint d'une façon évidente, bien que rarement affecté dans des cas semblables. La tumeur était nettement située dans ou sur le sinus caverneux droit, près de la selle turque. Par le traitement le mal de tête et la douleur sus-orbitaire guérirent, mais la paralysie motrice persista. La malade sortit en cet état le 16 novembre, avec ordre de revenir au bout d'une semaine ou deux.

Le 25 novembre elle rentra salle n° 13, se plaignant du retour de son mal de tête et de sa névralgie. Elle fut remise à l'iodure rouge de mercure et la douleur la quitta de nouveau en peu de jours. A cette époque elle se plaignit un peu de l'œil gauche qui était légèrement congestionné, apparemment parce qu'elle lisait trop. Le tout cessa lorsqu'on lui eut interdit la lecture. Le 7 septembre, tout restant dans le *statu quo*, on constata que, bien que la malade fût parfaitement sensible et intelligente, elle était agitée et marchait dans la salle, changeant les bouteilles médicamenteuses, ouvrant des armoires et s'emparant de choses qui ne lui appartenaient pas, tout cela sans raison apparente. Elle répondait bien aux questions et exécutait correctement les ordres, avait un bon appétit et bon état général, mais elle était agitée jour et nuit et la veilleuse avait grande difficulté à la maintenir au lit.

Le 19 décembre la paralysie oculaire restant la même, le mal de tête et la douleur névralgique avaient complètement cessé, la santé générale était bonne, l'appétit excellent; mais à son agitation et à sa tendance à s'appropriier ce qui ne lui appartenait pas s'ajoutait maintenant l'irritabilité, et elle cherchait à frapper quand on lui prenait quelque chose. Le 21 décembre, s'étant disputée avec une malade à laquelle elle dérobaient un objet, Sarah la frappa à la joue; l'autre risposta; là-dessus S. B... tomba sur le sol et resta quelques instants sans connaissance. On la mit au lit, toujours en état de stupeur; elle se plaignait d'un peu de douleur au-dessus de l'orbite droit, et la pupille gauche semblait plus dilatée que normalement bien que habituellement non égale à la droite.

Pendant qu'elle restait sans connaissance, l'infirmière notait que, durant l'expiration, ses joues étaient soulevées et que chaque fois qu'elle faisait quelque mouvement tel qu'un effort pour sortir du lit on observait le même fait. Son pouls battait à 80, plein et fort. Le médecin résident lui mit de la glace sur la tête et à la visite on lui prescrivit un demi-drachme d'iodure de potassium trois fois par jour. Mais la fin approchait maintenant avec rapidité: elle cessa de se nourrir et le 25 l'infirmière avait la plus grande difficulté à lui faire avaler nourriture et médicaments.

Le 23 décembre on nota pour la première fois du ptosis à gauche, ptosis qui s'accrut graduellement. Son pouls monta à 100, 110 et 120, sa langue devint sèche et ses dents se couvrirent de fuliginosités. On la fit survivre quelques jours, mais elle mourut le 1^{er} janvier 1873 à 5 h. 30.

Autopsie. — Petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux; à la base quelques adhérences au voisinage de la selle turcique, laquelle était occupée par une tumeur gommeuse de teinte grise longue d'un pouce, épaisse d'un demi et large de trois quarts. Cette tumeur était irrégulièrement pyramidale: sa base était attachée au pont de Varole et sa substance se confondait avec les éléments nerveux consti-

tuant la surface du pont mais ne pénétrait pas profondément à l'intérieur. La pointe s'étendait en avant entre les deux pédoncules cérébraux recouvrant les deux corps mamillaires et la partie postérieure du tuber cinereum. Latéralement elle entraînait en contact avec les deux pédoncules cérébraux, débordant sur le droit, dont la moitié interne comme l'origine de l'oculo-moteur était ramollie et détruite ainsi que la partie interne du pédoncule gauche à sa sortie du pont. La tumeur était de consistance ferme, composée de plusieurs nodules liés ensemble par du tissu conjonctif. Les centres des nodules étaient blancs et opaques, les zones extérieures fermes, mais translucides. Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION VI

(Milian.)

M..., 36 ans, typographe, 7, rue du Mont-Dore.

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole noire, mère morte d'embolie.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 14 ans. Marié à 30 ans. Petite fille de 14 ans, de tempérament lymphatique et nerveux.

Chancre il y a huit ans, suivi de plaques muqueuses à la bouche et à l'anus ; depuis, deux enfants morts, l'un à 23 mois, l'autre à 14 jours d'athrepsie. Un enfant vivant âgé de 1 mois.

Un mois après le chancre, se soigna par protoïodure régulièrement pendant deux ou trois ans puis enfin iodure. A toujours été très nerveux, se met facilement en colère. Pas d'éthylisme.

8 août 1902. — Le malade vient dans le service du professeur Fournier pour névralgie faciale depuis cinq semaines. Souffre surtout la nuit vers deux heures du matin.

Douleurs sur le nerf frontal. Point sus et sous-orbitaire droit. Rameau auriculaire du même côté. La névralgie atteint aussi le grand nerf occipital d'Arnold et les branches du plexus cervical superficiel.

Les douleurs ont été très fortes pendant deux jours, il y a trois semaines, et la semaine dernière il a pris : antipyrine, bromhydrate de quinine. Dans l'oreille, tampon chloroformé et baume tranquille.

Etat des réflexes : Plantaires, bons. Crémaster droit médiocre, gauche presque disparu. Abdominal, conservé des deux côtés. Rotulien, bon des deux côtés. Contralatéral, nul des deux côtés. Achilléen droit diminué, gauche absent. Pupilles : droite, ovale horizontalement, réflexe lumineux bon, réflexe à la distance bon ; gauche, normale, réflexe lumineux et à la distance bons.

On a mis dès son entrée le malade aux piqûres d'huile grise. Il en a eu cinq jusqu'ici et une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten.

Les douleurs du trijumeau ont disparu.

8 octobre 1902. — Depuis le 2 juillet le malade a eu quatorze piqûres d'huile grise. Il revient se plaignant toujours de douleurs sus-orbitaires du côté droit et dans la nuque du même côté. Apparition de cinq ou six vésicules à la voûte palatine du côté droit.

14 octobre. — L'éruption vésiculeuse du palais n'existe plus ; le malade dit que ses douleurs névralgiques reviennent lorsqu'il fait froid.

18 décembre. — Le malade revient dans le service du professeur Gaucher ; il a eu dix-huit piqûres d'huile grise, les dernières il y a un mois. Pas de points douloureux de névralgie faciale. Le malade se trouve très bien.

Etat des réflexes : Plantaire, bon. Crémaster, bon. Abdominal, bon. Rotuliens, exagérés des deux côtés. Contralatéral, bon. Achilléens, absents des deux côtés. Olécranien et radial, bons. Pupilles : droite, réflexe à l'accommodation

diminué, à la lumière, absent ; gauche, réflexe à l'accommodation diminué, à la lumière bon.

22 janvier 1903. — Pas de traitement ioduré ni mercuriel depuis deux mois. Laryngite depuis quinze jours, mais pas de paralysie laryngée. Pas de névralgie faciale, sauf un point auriculo-temporal.

Etat des réflexes : rotuliens, exagérés des deux côtés. Achilléens, droit exagéré ; gauche, nul. Crémastérien diminué des deux côtés. Pupilles : droite, réflexe lumineux diminué ; accommodation, bon. Gauche, réflexe lumineux diminué ; accommodation bon.

19 mars 1903. Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés, achilléen diminué à droite, aboli à gauche. Pas de signe de Romberg même sur un pied.

Revu le malade chez lui, couché, se plaignant de poids épigastrique, douleur en ceinture et dans les reins, empêchant tout travail, sans vomissements, avec courbature et insomnie. J'ai attribué cela à la piqure faite (n° 6 de cette 2^e série) deux jours avant, et non au tabes.

24 mars 1903. — Le malade revient, se plaignant toujours de son oppression épigastrique et d'une très grande soif.

Pas de sucre ni d'albuminurie.

20 avril 1903. — Ponction lombaire. Lymphocytose marquée. Culot de centrifugation : 10 à 15 leucocytes par champ. Pas d'autres éléments cellulaires à l'examen direct.

OBSERVATION VII

(*Syphilis und Nervensystem*, p. 371, cité d'après Herrouet.)

Docteur X..., 30 ans, n'avait jamais eu de maladie nerveuse, était sorti d'une famille saine et surtout pas névropathique, et ne s'était exposé comme étudiant et en fréquentant de nombreux bals qu'aux agents nuisibles ordinaires.

Il y a trois ans il contracta la syphilis ; deux fois il avait

eu des manifestations secondaires et était resté indemne depuis des symptômes syphilitiques. Sans cause tangible, il tomba malade un jour d'été, sans refroidissement à sa connaissance, de névralgie violente du trijumeau gauche.

Les signes objectifs consistaient en hyperesthésie dans le territoire des branches touchées, et en forte sensibilité des deux points nerveux.

Ici encore, le traitement consistait en frictions et iodure de potassium. Il y eut amendement dans la deuxième semaine, et une cessation complète des douleurs après deux autres semaines.

Une année après, une récurrence dans les mêmes branches, survenue sans cause tangible, fut encore guérie par le traitement spécifique.

Depuis deux ans le malade n'a plus d'attaques.

OBSERVATION VIII

(Max Nonne, *ibid.*)

J'observe depuis six ans un juriste qui fut pris, deux ans après une infection syphilitique, des symptômes d'une violente névralgie de la première branche du trijumeau. Comme la médication habituelle, combinée à une galvanisation locale ne donne pas le succès espéré, un traitement anti-syphilitique supprima promptement les douleurs.

Depuis ce temps, le malade a présenté tous les deux ans, donc trois fois, une récurrence qui céda chaque fois à un traitement mixte sans autres mesures thérapeutiques.

OBSERVATION IX

(Max Nonne, *ibid.*)

Un marchand de cigares, âgé de 39 ans, avait contracté, il y a huit ans, la syphilis, et avait été traité suffisamment et selon les règles de l'art. Après deux ans il avait subi de nouveau le traitement pour une poussée secondaire.

Deux semaines avant ma visite, il fut pris de douleurs violentes, lancinantes dans la partie postérieure de l'orbite droit, accompagnées d'attaques névralgiques dans la joue droite et dans le maxillaire supérieur droit. La mastication était difficile, à cause de la « faiblesse dans la joue droite ».

Puis il eut de la diplopie.

Comme symptômes objectifs je trouvai un affaiblissement de la mastication à droite, une parésie de l'abducteur gauche, une ptose de la paupière droite, du myosis et une abolition du réflexe de la pupille à droite. Dans le territoire des première et deuxième branches du V on pouvait constater une hyperesthésie prononcée, et dans le masséter une diminution de l'excitabilité faradique. Le fond de l'œil était normal, les symptômes spinaux firent complètement défaut, les organes internes, l'urine étaient normaux.

Le traitement mercuriel et ioduré fit rétrocéder en trois semaines tous les symptômes du côté du V, le ptosis et la paralysie du VI, tandis que les anomalies de la pupille droite persistaient.

Au bout de six mois, les douleurs névralgiques dans la sphère de première et deuxième branches du V, revinrent et cédèrent de nouveau au traitement. Quoique le malade prit dans les huit mois suivants de l'iodure, il y eut une seconde récurrence bientôt après, accompagnée cette fois de paralysie du VI à droite. Cette dernière rétrocéda, tandis que l'hyperesthésie de deux branches du V persista.

OBSERVATION X

C. A. Vecesey. — *The Philadelphia Medical Journal*.
13 juillet 1901.

Jeune homme de 26 ans chez lequel se développe progressivement en six semaines, une paralysie de la troisième paire droite, frappant successivement le muscle ciliaire, le droit

inférieur, le droit supérieur, le droit interne, le releveur. En même temps qu'apparaît la diplopie, survient la perte de la sensibilité du côté gauche de la face. Le malade ressent en outre du vertige, de la céphalée, il a de la faiblesse des jambes et quelques troubles urinaires. L'examen pratiqué six semaines après le début révèle une paralysie complète de la troisième paire droite, en même temps que l'insensibilité absolue du côté gauche de la face, de la conjonctive et de la cornée, des muqueuses nasale et buccale du même côté. La syphilis était douteuse, néanmoins le malade fut mis en traitement et les heureux résultats ont montré qu'il s'agissait d'une syphilis cérébro-spinale avec méningite basilaire probablement développée surtout dans l'espace interpedonculaire et dans la région protubérantielle, enveloppant l'oculo-moteur droit et le trijumeau gauche.

OBSERVATION XI

Rühle. *Grufswalder med. Beitrage*. T. I, p. 352.

X..., 41 ans.

Début par céphalée répétée à plusieurs reprises après courte interruption, puis diplopie.

Au bout de quelques semaines apparaissent des douleurs dans la sphère du trijumeau droit (surtout dans la région frontale), des ulcérations cornéennes, un état lisse de la peau péri-orbitaire et de la rétraction avec diminution de volume de l'œil du même côté.

La sensibilité à tous les modes disparaît au bout de trois mois dans tout le domaine du trijumeau droit; quelques mois après hémiplegie *gauche*. Troubles de décubitus rapides. Mort.

Autopsie. — Deux gommes jaunâtres du volume d'un noyau de cerise chacune sur la moitié droite de la protubérance, à la surface, et pénétrant de six lignes environ dans la substance nerveuse. L'une d'elles englobe le nerf trijumeau à son point d'émergence protubérantiel.

Le trijumeau droit est en outre lésé en un autre point de son parcours, sur les côtés de la selle turcique, au moment où il traverse la dure-mère. Une plaque lardacée de ménin-gite l'englobe en ce point.

OBSERVATION XII

Mac Connell. *Journal of nervous and mental diseases.*

1892-1893.

Malade âgé de 60 ans. A contracté la syphilis il y a vingt ans. Depuis peu a présenté d'abord de l'herpès limité à la région fronto-temporale droite : des paresthésies de la même région succédèrent, puis le ptosis du même côté apparut.

On constate l'anesthésie complète de la moitié droite du front, y compris l'œil et la cornée, en même temps qu'une paralysie complète de la troisième paire.

OBSERVATION XIII

Daguenet. *Zona ophtalmique avec névrite optique du côté correspondant.*

M. L..., 50 ans, officier supérieur, est exempt de tout antécédent morbide. Il est d'un tempérament nerveux et présente tous les attributs d'une bonne constitution. Au mois d'avril de l'année dernière, après bon nombre de journées passées à cheval par le froid et par le vent. M. L..., est subitement atteint de douleurs névralgiques semblant partir du globe oculaire droit et s'irradiant dans le front et la tempe du même côté. En même temps le malade remarque selon son expression, qu'un petit bouton lui est poussé entre les deux sourcils, sur la partie droite de la racine du nez. Ce bouton est le siège de vives démangeaisons.

Pendant trois jours les douleurs sont assez supportables, mais dans la nuit du quatrième jour, elles s'exaspèrent, s'accompagnent de gonflement de la paupière supérieure, et

restent extrêmement violentes pendant quarante-huit heures que le malade passe dans une chambre complètement obscure.

Enfin la crise se calme, mais quel n'est pas l'effroi du malade en remarquant qu'il ne voit presque rien de l'œil droit. C'est alors qu'il me fait demander, et voici les conditions dans lesquelles je le trouvai.

Courbature, anorexie, fièvre légère, céphalagie.

Au-dessus du sourcil droit, sur le trajet du nerf sus-orbitaire, on remarque un gonflement et une rougeur de la peau sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

Sur la partie droite de la racine du nez et ne dépassant pas la ligne médiane, on voit une grande plaque très rouge, ulcérée au centre et recouverte de croûtes.

Une autre tache rouge, voisine de la précédente et de date plus récente car elle est encore recouverte de quelques vésicules existe un peu au-dessous du tendon de l'orbiculaire droit.

La paupière supérieure présente un gonflement œdémateux assez prononcé.

Toutes ces parties sont anesthésiées, ce que l'on constate en piquant les téguments avec une épingle. Toutefois la compression du nerf sus-orbitaire provoque une douleur sourde.

La conjonctive est légèrement injectée, sans chémosis, sans trace de vésicule. Le larmolement est assez considérable.

La cornée est saine, l'iris est normal, toutefois la pupille est un peu plus dilatée que celle de l'autre côté.

A l'ophtalmoscope, tous les milieux réfringents ont leur transparence physiologique, mais on trouve les signes classiques d'une névrite fortement accentuée. Ainsi la pupille est tuméfiée et complètement masquée par les exsudats, de sorte qu'elle ne se reconnaît plus par le point d'émergence des gros vaisseaux. Ceux-ci sont sinueux, tortueux,

surtout les veines qui paraissent interrompues par places et divisées en tronçons.

Un affaiblissement considérable de la vision accompagne ces symptômes. De l'œil atteint le malade ne peut compter les doigts à un pied de distance et distingue à peine la lumière d'une lampe placée à un mètre.

L'œil gauche reste sain et complètement indemne.

Traitement. — Iodure de potassium, frictions mercurielles locales, révulsion.

Une amélioration sensible se manifeste et la vision revient peu à peu.

OBSERVATION XIV

Herrouet. *De la névralgie syphilitique du trijumeau.*

Th. Paris, 1903, p. 84.

Guillaume D..., garçon de café, 29 ans.

Chancre à la verge il y a deux ans (1901). Soigné par M. Balzer et suivi de roséole, pilules de proto-iodure pendant quatre mois. Repos trois mois, piqûres d'huile grise pendant un mois (M. Chiray) ; puis repos quatre mois.

28 mai 1903. — Vient dans le service du professeur Gauthier pour des syphilides érosives de la langue et du larynx (examen de Courtarde) on continue les piqûres.

9 juin. — Le malade revient, se plaignant de douleurs très violentes dans l'oreille gauche et dans la mâchoire, il se plaint de maux de tête très violents. On constate une névralgie double du trijumeau. Il a en effet les points sus-orbitaire, sous-orbitaire et auriculo-temporal gauche, les points sous-orbitaire et auriculo-temporal droit douloureux à la pression.

C'est surtout du côté gauche de la face qu'il se plaint ; il ne peut mastiquer et depuis huit jours il en est réduit à ne manger que des potages et des œufs. On ne constate pas de troubles de la sensibilité de la face. En outre, le malade

se plaint de douleurs dans les mollets qui sont sensibles à la pression.

Pas de signe de Romberg. L'exercice à la Fournier ne révèle aucune trace d'incoordination.

Réflexes cutanés, patellaire et achilléens normaux. Pas de signe d'Argyll.

OBSERVATION XV

De Castelnau. *Annales des maladies de peau et de la syphilis*, 1854. T. I, p. 212.

Au troisième mois d'une syphilis, le malade éprouva des douleurs dans la langue avec redoublement si violent la nuit qu'elles empêchaient tout sommeil ; presque en même temps il éprouva aussi, la nuit seulement, une sécheresse et des douleurs assez prononcées à la gorge. Ce ne fut qu'un mois après l'apparition de ces douleurs de la langue que trois groupes de papules rouges et saillantes apparurent à la base de la langue. Elles étaient séparées par des espaces sains et n'étaient pas beaucoup plus douloureuses que le reste de l'organe.

A la suite apparurent des syphilides papuleuses, et à partir de ce moment, les douleurs de la gorge et de la langue diminuèrent et cessèrent bientôt.

Le malade eut quelques récidives des douleurs de la langue et de la gorge qui cédèrent au traitement mercuriel.

OBSERVATION XVI

Milian

M... maçon, 32 ans, rue des Blancs-Manteaux. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Fièvre typhoïde en juillet 1877. Ulcère de jambe ayant duré cinq mois, de janvier à juillet 1901, soigné par M. Balzer au nitrate d'argent, et qui a guéri sans traitement interne. Il en reste à la partie moyenne de la jambe, au devant du tibia, une cic-

trice de la dimension d'une pièce de un franc, irrégulière, à bords radiés blanchâtres avec quelques varicosités, entourée d'une vaste zone de pigmentation, comme on en observe dans l'eczéma variqueux. Quelques autres cicatrices, petites, pigmentées, à bords diffus, disséminées à la surface postérieure du mollet mais non caractéristiques, qui sont des syphilides maculeuses reliquats d'une éruption récente. L'ulcère s'était développé à la suite d'une éraflure de la jambe à bicyclette. Pas de varices.

17 janvier 1903. — Le malade vient consulter dans le service du professeur Gaucher. Chancre en août 1902, dont il reste un peu d'induration aujourd'hui. Syphilides maculeuses, reliquats d'une éruption papulo-squameuse. Plaques muqueuses des lèvres.

Le malade vient pour des brouillards devant les yeux sans vertige. Mal de tête qui l'empêche de dormir une grande partie de la nuit.

Névralgie faciale sus-orbitaire, surtout gauche, malaire; auriculo temporale bilatérale.

Réflexes : plantaire nul ; rotulien exagéré des deux côtés. Pupilles : droite déformée, angle aigu externe ; gauche aplatie en bas. Les réflexes à l'accommodation et à la lumière sont normaux des deux côtés.

Ethylisme, 3 litres de vin par jours. Nystagmus léger : impossibilité de fixer le regard. Tremblement de la langue ; hyperesthésie des masses musculaires. Pas de Romberg. Pouls : 60, assis.

OBSERVATION XVII

Milian

J... 50 ans, cocher, 68, rue Julien-Lacroix. Adénite cervicale au régiment. Guéri sans opération par l'iodure de potassium. Fluxion de poitrine à la base gauche en 1901 ayant duré quatre mois et suivie de gastralgie. Syphilis il y a trois ans. Chancre abdominal dont reste la cicatrice.

Le 5 août 1902, le malade entre salle Saint-Louis, n° 36, dans le service du professeur Fournier. Il se plaint de céphalée survenant, dans les premiers temps, vers 6 heures du soir et durant toute la nuit. Maintenant la céphalée est permanente ; insomnie, anorexie. Il souffre au niveau des deux tempes (tellement qu'il a envie de crier), il est obligé de se lever de son lit. N'était pas soulagé par l'antipyrine. Notons aussi qu'il était prédisposé à la céphalée, qu'il avait souvent des migraines disparaissant par le repos au lit. La douleur irradie des tempes jusque vers les dents et les amygdales. Cependant il a de bonnes dents et n'en a jamais souffert.

Points douloureux : Sus-orbitaire, sous-orbitaire, auriculo-temporal des deux côtés. Pas de point mentonniers quoi qu'il se plaigne de souffrir de la mâchoire inférieure.

Etat des réflexes : patellaires, plantaires, achilléens, crémasteriens, olécraniens, normaux des deux côtés.

Réflexe abdominal normal à droite, absent à gauche.

Pupilles normales de forme. Réflexes normaux à droite et à gauche.

Appareil pulmonaire et cœur, rien à noter.

Cette céphalée est, en résumé une névralgie double du trijumeau.

Le malade est mis aux piqûres de bi-iodure de mercure (6 milligr.). Du 13 au 27 août on lui en fait 10.

22 août 1902. — A la visite le malade se plaint de « ne pouvoir écraser son pain avec ses dents » et d'avoir des douleurs non dans les dents mais dans les mâchoires. Il serre cependant bien le doigt ; mais c'est surtout la douleur dans la mâchoire qui le gêne. Pas de stomatite. On augmente la dose de bi-iodure (2 centimètres cubes chaque jour).

28 août. — Le malade sort en bon état.

3 février 1903. — Le malade revient se plaignant de mal de tête apparaissant le soir vers six heures, toujours à la même heure. La douleur est quelquefois tellement violente qu'il est obligé d'arrêter sa voiture parce que les cahots en sont trop

violents. Il montre lui-même quand on lui dit d'indiquer le siège de la douleur la *région péri-orbitaire droite*.

Point douloureux à la pression, sus et sous-orbitaires droits. Pas de troubles oculaires fonctionnels, pas de scotome scintillant. Il se plaint de douleurs aux dents ; les dents se gâtent surtout au maxillaire supérieur depuis deux mois.

Etat des réflexes au 3 février 1903. — Crémastérien presque nul des deux côtés. Rotuliens : droit plutôt un peu diminué, gauche plutôt un peu exagéré. Les autres réflexes sont normaux.

5 mai 1903. — Le malade qui ne s'est pas traité depuis trois mois revient avec une ulcération à la face profonde de la lèvre inférieure gauche. Il se plaint en outre de perdre ses dents. Les deux avant-dernières molaires supérieures sont tombées. Il nous apporte un morceau de dent gros comme un petit pois qui est tombé ces jours-ci.

Il est remis aux piqûres.

OBSERVATION XVIII

Huguenin (de Zurich)

Ueber Stimsyphilis correspondenzblatt für Schweizerärzte
p. 184.

Homme de 35 ans.

Vient se faire traiter à cause d'un « tic douloureux » (*sic*) du trijumeau gauche. Il y a six ans, chancre induré avec roséole consécutive. Il y a cinq ans, condylôme du pharynx et de l'anus. Il y a quatre ans, énorme périostite du tibia avec douleurs ostéocopes. A chaque fois guérison relativement rapide par le traitement convenable. Depuis deux mois tic douloureux.

Examen. — Anesthésie dans le territoire du trijumeau gauche et de *toutes ses branches* ; en même temps douleurs violentes, lancinantes dans le territoire des trois branches. Ces douleurs ne sont pas constantes, cessent pendant des

heures, réapparaissent à intervalles réguliers, ont leur maximum d'intensité dans le territoire de la première branche. Dans le territoire des trois branches, congestion neuro-paralytique. Toute thérapeutique électrique et médicamenteuse reste sans succès, le traitement anti-syphilitique (Littmann) également.

Deux mois après les douleurs cessent spontanément, l'anesthésie demeure, la névralgie lancinante a disparu. En outre, le patient est exempt de tout autre symptôme nerveux, pas de mal de tête, pas de vertige, pas de troubles de la vue et du langage; les convulsions et autres phénomènes du même genre manquent totalement. Donc pas de symptômes généraux de tumeurs. Au bout d'un trimestre environ, le malade contracte une violente bronchite; au bout de quelques mois, infiltration évidente du sommet gauche, puis du droit, phtisie à marche rapide, et mort.

Section. — A côté et un peu en arrière de la selle turcique se trouve immédiatement sur le ganglion de Gasser, entre l'oculomoteur et l'artère méningée moyenne, une gomme du volume d'un pois (Tohnengross). Elle a produit l'atrophie du ganglion de Gasser. La dure-mère intermédiaire est soudée aussi bien au ganglion qu'à la gomme. Celle-ci paraît émaner de la pie-mère et a déterminé également une perte de substance dans le pédoncule cérébral droit. La pie-mère environnante se trouve en état d'inflammation chronique, la gomme est caséifiée à l'intérieur.

OBSERVATION XIX

Lancereaux (Leçons de clinique médicale).

V..., âgée de 47 ans, lingère, contracte à 32 ans une syphilis des plus nettes (chancre de la lèvre, roséole, angine, plaques muqueuses). Jusqu'en 1877 santé parfaite.

Il y a deux ans, apparition de douleurs frontales intenses du côté droit. Séjour à l'hôpital en juillet 1877 et amélioration passagère par un traitement ioduré.

Puis réapparition des douleurs névralgiques atroces ; la malade entre à Saint Antoine. La céphalée persistait avec le même caractère d'intensité, et la vue avait fini par se perdre à droite; en même temps, il existait de l'anesthésie de la face à droite, et de la surdité du même côté.

La névralgie traitée par l'iodure de potassium à haute dose disparaît. La malade sort et de nouveau rentre à la Pitié en 1879 avec des douleurs frontales plus violentes que jamais.

« C'étaient des douleurs continues, semblant partir de l'arcade sourcilière droite, irradiant vers l'occiput : des fourmillements occupaient la moitié droite de la face, et de temps à autre, à ces sensations persistantes, venaient s'ajouter des crises aiguës, comparables à des décharges électriques qui se seraient faites dans l'œil et dans la joue du côté droit. L'iodure de potassium diminua beaucoup les souffrances, et supprima les paroxysmes.

« A l'exploration de la sensibilité de la moitié droite de la face, vous constatez que les parties innervées par le rameau frontal de la branche ophtalmique de Willer ont conservé une faible partie de la sensibilité, tandis que l'œil, la joue et le nez sont absolument insensibles; vous pouvez piquer ces régions, exciter avec une épingle la narine droite, la moitié de la langue, sans déterminer aucune douleur, sans provoquer aucun mouvement réflexe. De plus, la mastication est difficile, et, depuis quelques mois presque toutes les dents de la mâchoire supérieure se sont cariées successivement et sont tombées. « De plus la bouche est légèrement déviée à gauche, l'œil droit ne peut se fermer entièrement.

D'après Lancereaux, c'est dans l'espace triangulaire compris entre le rocher en avant, la protubérance à gauche, et l'hémisphère cérébelleux à droite, qu'on doit localiser la lésion recherchée, laquelle ne saurait être qu'une tumeur comprimant les nerfs paralysés jusqu'à les détruire.

Suit la nécropsie faite en 1881 :

Sur la face postérieure du rocher, on rencontre une masse

fibreuse impossible à dissocier, s'étendant du conduit auditif interne au sommet du rocher... Les nerfs des V^e, VII^e et VIII^e paires du côté droit, englobés dans un tissu fibreux très compact, sont atrophiés et partiellement détruits.

Ganglion de Gasser côté gauche, normal.

Ganglion de Gasser côté droit est réduit à une mince bandelette ; il est blanchâtre, induré et résistant. L'examen histologique du ganglion droit montre un développement considérable des éléments conjonctifs, formant une gangue fibreuse qui étouffe les éléments nerveux. Ceux-ci, cellules et fibres sont atrophiés ou disparus.

Semblable désordre s'observe dans les branches nerveuses qui émanent de ce ganglion, et notamment dans l'ophtalmique. Inutile d'ajouter que le produit gommeux, dans le cas particulier, a eu tout le temps pour être résorbé.

OBSERVATION XX

(Milian.)

N..., 25 ans, ferblantier, 104, rue de Paris, à Puteaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans, alcoolique (absinthe), forgeron, mère morte à 48 ans, suite de couches. Douze grossesses, cinq enfants morts en bas âge sauf un, mort à 13 ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Est toujours resté en France bien que sa famille soit d'Algérie.

Chancre syphilitique de la verge, il y a cinq mois, soigné à Puteaux par un médecin de la ville ; ce chancre est accompagné d'un bubon qui a suppuré, de plaques muqueuses dans la bouche et de syphilides ulcéreuses, sans roséole intermédiaire.

30 octobre 1902. — Est venu à l'hôpital, dans le service du professeur Fournier, pour mal de tête qui date de trois semaines et persiste malgré le traitement : deux pilules et trois grammes de KI par jour. Le traitement est suspendu depuis trois jours.

La céphalée est frontale. Elancements, coups de marteau avec une pesanteur continuelle, surtout vers 3 heures de l'après-midi jusqu'au lendemain matin. Disparaît lorsqu'il se lève. Au milieu de la nuit la céphalée est intense, empêche le malade de dormir. Il a des rêves et des cauchemars. Le malade a quelques cicatrices dans les cheveux, reliquats de syphilides ulcéreuses, et il y a un peu de sensibilité autour de ces cicatrices. Pas d'exostoses. Points douloureux sus-orbitaire gauche, sus-orbitaire droit, sous-orbitaire gauche, naso-lobaire gauche et droit, auriculo-temporal gauche et droit très marqués. Rien au mentonnier.

Examen des réflexes : Plantaire, des deux côtés. Crémastérien nul des deux côtés, rotulien exagéré des deux côtés de même que l'achilléen. Les autres réflexes sont normaux.

Pupille droite déformée, nettement aplatie en dedans. Le réflexe à l'accommodation est normal à droite et à gauche. Le réflexe à la lumière est très diminué des deux côtés, presque nul.

Pas de stigmates d'éthylisme. Le seul symptôme appréciable serait un peu de douleur à la palpation profonde des mollets. Dit être très sobre. Pouls : 74, couché.

Ponction lombaire : un peu d'hypertension.

OBSERVATION XXI

(Herrouet).

Philippe H..., 44 ans, garçon de salle, 14, rue de Vauvilliers.

4 avril 1903. — Le malade vient consulter dans le service du professeur Gaucher parce qu'il a mal à la gorge et des maux de tête.

Père et mère morts en Amérique ; trois frères, un mort en bas âge, deux vivants et bien portants ; une sœur vivante et bien portante.

A 30 ans, chancre de la verge (1879); vient dans le service du professeur Fournier dès l'apparition de la roséole; il y reste trois semaines environ (pilules de protoiodure). Dès sa sortie de l'hôpital, cesse de se traiter.

1900. — Revient à la consultation de Saint-Louis pour des gommès de la région de la nuque dont les cicatrices sont restées très nettes. Les gommès disparaissent sous l'influence du traitement. Il y a dix-huit mois, le malade est entré quelques jours salle Cazenave pour mal de gorge, y reste huit jours environ, sort amélioré.

En avril 1902, le malade entre à la Pitié (Dalché), pour perforation du voile du palais. A eu, dit-il, 24 piqûres de cyanure. Sort guéri.

6 avril 1903. — Depuis un à deux mois le malade traîne; ce qui lui est le plus pénible, ce sont les maux de tête. Toute la tête lui fait mal. Ils reviennent par intermittences, tantôt le matin, tantôt le soir, parfois la nuit.

On constate plusieurs points douloureux: sus-orbitaire droit et gauche, sous-orbitaire, auriculaire, deux points mentonniers.

Le malade présente quelques stigmates d'éthylisme (pituites, cauchemars, crampes dans les mollets). Il a le voile du palais presque entièrement détruit par des gommès. Cela date de l'année 1902.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Etat des réflexes.—Crémastérien nul des deux côtés, rotulien exagéré des deux côtés, les autres normaux. Pupilles inégales et déformées. Le réflexe à la lumière marche des deux côtés; celui à l'accommodation est nul des deux côtés.

Le malade est mis au traitement, mais il sort dès le lendemain de son entrée.

OBSERVATION XXII

(Herrouet).

Charles C..., 37 ans, sellier, 15, rue du Canal Saint-Martin.

N'a pas connu son père. Mère vit encore, bien portante.

Une pleurésie dans l'enfance. En 1883 opéré à Laënnec de tumeur blanche du genou droit. En 1884 une bronchite avec hémoptysie. Est marié, n'a pas d'enfant, ne tient pas à en avoir.

Aurait eu en 1897 (mars), un accident à la partie interne de la joue droite qui semble bien avoir été l'accident primitif. Aurait eu à la suite quelques boutons sur le visage, dans le dos, et des « plaques » aux parties et à l'aîne. A ce moment (novembre 1896), a pris de l'iodure de potassium et des pilules pendant quinze jours. Disparition des accidents ; lorsqu'ils reparaissent, le malade se traite de nouveau.

Aurait pris 500 pilules et 100 litres d'iodure de potassium.

Aurait eu en 1899 et 1900 des céphalées à en devenir fou (pas de vomissements) ; il fallait au malade le repos absolu et la tranquillité. A eu l'idée de se suicider.

Etat actuel. — Le malade vient à l'hôpital Saint-Louis, à la consultation du professeur Gaucher le 12 mai 1903.

Il présente au niveau de l'oreille gauche une syphilide papuleuse en C apparue depuis six semaines. De plus les lèvres sont criblées de petites ulcérations. Ulcérations multiples à la face interne des joues et leucoplasie. Il se plaint également de douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs.

Examen. — Dans le domaine du trijumeau gauche, un point douloureux : le sus-orbitaire. En ce moment il se plaint moins de maux de tête, il en a cependant de temps en temps. Dort mal (n'a néanmoins pas d'antécédents éthyliques).

Face et cuir chevelu : sensibilité normale au tact, à la piqure, à la température.

Dents en bon état. Une molaire manque qui serait tombée avant sa maladie.

Etat des réflexes.—Réflexe rotulien gauche très exagéré, le rotulien droit n'existe pas, le malade ayant subi la résection du genou. Achilléen droit normal, gauche très exagéré. Les autres réflexes sont normaux.

Pupilles. — Les réflexes à la lumière sont normaux des deux côtés, les réflexes à l'accommodation très paresseux des deux côtés également.

Le malade est mis aux piqures d'huile grise.

9 juin 1903. — Revu le malade qui se dit amélioré. Sa céphalée est de plus en plus rare.

Le point sus-orbitaire n'est plus sensible. Même état des réflexes.

OBSERVATION XXIII

(Cesbron. Thèse Paris, 1879).

Jeune homme de 16 ans. Syphilis bénigne, roséole papuleuse discrète, taches érythémateuses au quatrième mois du chancre.

Douleurs à la partie inférieure du biceps gauche. Contraction du biceps gauche, névralgie faciale droite. Douleurs dans les masses musculaires du membre inférieur gauche avec irradiations le long des nerfs.

Affection syphilitique du biceps droit.

Guérison de tous ces phénomènes en cinquante jours par le traitement mixte : iodure de potassium et mercure.

OBSERVATION XXIV

(Linhard).

In thèse de Lamotte : *Traitement chirurgical de la névralgie faciale*. Paris, 1892, p. 49.

Malade de 43 ans, sujet à des névralgies faciales depuis 1841. Sa névralgie, primitivement erratique, se localise en 1858 dans le nerf sus-orbitaire du côté droit.

La résection du nerf n'amène pas de soulagement durable et la névralgie se fixe ensuite dans le nerf sous-orbitaire droit.

C'est alors que Linhardt, pour éviter une récurrence dans les branches terminales du nerf, a l'idée de couper le maxillaire supérieur derrière la branche malaire et les nerfs dentaires postérieurs. Il met en pratique à cette intention un procédé décrit tout au long dans la thèse de Lamotte et qui consiste à sectionner le nerf au galvano-cautère, après avoir préalablement décollé le périoste du plancher de l'orbite. Une hémorragie orbitaire grave et qui faillit nécessiter la ligature de la carotide primitive signala la dernière phase de l'opération, mais fut arrêtée par la compression.

« Immédiatement après l'opération, le malade se plaignit de douleurs très vives au niveau de la plaie et du globe oculaire ; toutefois ces douleurs étaient très supportables en comparaison des accès névralgiques ; l'hémorragie provenait évidemment de l'artère maxillaire interne qui avait été coupée par le cautère électrique. »

« Le soulagement complet éprouvé par le malade fut de courte durée. Dès le quatrième jour, ces douleurs reparurent sur le trajet du nerf buccinateur droit, et bientôt elles occupèrent de nouveau un grand nombre de rameaux sensitifs de la face, surtout du côté gauche ; elles ne cédèrent qu'à un traitement énergique par les frictions mercurielles. »

OBSERVATION XXV

(Arloing. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 9 mai 1902.)

Malade du service de Courmont, atteinte de névralgie faciale double d'origine syphilitique.

Rareté des névralgies syphilitiques pures. Intensité consi-

Ravaud

dérable des douleurs, insuccès des calmants ordinaires. Le traitement mercuriel est d'une efficacité immédiate dès que, le diagnostic de la cause ayant été fait, il fut employé.

OBSERVATION XXVI

Fournier. *Traité de la syphilis* 1896, T. I, p. 656.

J'ai eu l'occasion ces dernières années d'être appelé près d'une jeune dame qui, depuis quatre à cinq mois souffrait d'une affreuse névralgie faciale. Tous les traitements imaginables (sulfate de quinine, opium, belladone, chloral, bromure, injections hypodermiques, vésicatoires, etc.), avaient été mis en usage et n'avaient rien produit ou n'avaient produit que des sédations médiocres et de courte durée. Cet insuccès des médications les plus rationnelles et les plus énergiques sur une femme jeune, de bonne santé habituelle et indemne jusqu'alors de toute affection nerveuse me parut tout d'abord quelque peu suspect. Je cherchai la cause de cette névralgie, je la cherchai longtemps et ne la trouvai pas. Ne la trouvant pas je songeai qu'elle pouvait m'être cachée. J'examinai alors la malade au point de vue de la syphilis et ne trouvai rien de suspect. J'interrogeai en ce sens et n'obtins que des dénégations formelles, voire même irritées. Toutefois comme les confrères qui m'avaient précédé ne m'avaient rien laissé à faire contre une névralgie d'ordre vulgaire, je me décidai à prescrire le mercure quand même et à tout hasard, c'est-à-dire comme « pierre de touche », suivant l'expression consacrée. Ce fut alors un véritable coup de théâtre. Dès le second jour de ce traitement, la malade qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits put reposer un peu ; une semaine plus tard elle était guérie ! J'étais donc tombé juste, — et à tout hasard, je le répète, — sur une névralgie syphilitique et bien sûrement syphilitique, car, sans parler du succès significatif du mercure, des aveux ultérieurs vinrent confirmer ce diagnostic, alors qu'il n'avait plus besoin de confirmation.

OBSERVATION XXVII

Gaucher, Sergent et Champenier. Soc. de dermatologie
et de syphiligraphie, janvier 1895.

Marguerite I..., 34 ans. Employée de commerce, entre le 2 février 1895 à Saint-Antoine. Veuve depuis huit ans elle eut un seul rapport sexuel vers la fin de novembre 1894. Dans les premiers jours de janvier, bouton dur sur la face interne de la petite lèvre droite, actuellement, roséole et quelques papules sur l'abdomen. Adénites inguinale et cervicale, angine glandulo-catarrhale ; violente céphalée et névralgie faciale droite avec points sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier et auriculo-temporal, avec accès paroxystiques le matin ; névralgies intercostales droites multiples. Etat général bon. Pas de fièvre, pas d'albumine.

Depuis la fin de janvier, ressent dans le petit doigt de la main droite et dans la moitié interne de l'avant-bras du même côté des fourmillements et des engourdissements. La main droite est moins forte et se fatigue plus vite. Les diverses sensibilités sont presque abolies au petit doigt ; elles sont diminuées à l'annulaire, à la moitié interne du médius, aux faces dorsale et palmaire de la main, au bord cubital de l'avant-bras.

Traitement. — Pilules, puis injections de benzoate de mercure. La malade prend aussi de l'antipyrine. Le 13 février, diminution de la névralgie.

OBSERVATION XXVIII (professeur Debove)

(Leçon recueillie par M. Sainton chef de Clinique)

H... qui fait l'objet de la conférence est un homme âgé de 62 ans. Le début des accidents remonte à une année environ. A ce moment la douleur n'était pas continue, elle revenait à des intervalles éloignés, sans cause apparente ; elle ne durait que quelques secondes ; c'était une sorte d'élance-

ment très aigu comme un coup d'épingle qui faisait jeter des cris au malade. Comme il arrive généralement en pareille circonstance, l'état des dents fut incriminé ; le malade d'ailleurs alla spontanément consulter un dentiste et se fit arracher les dents du côté malade ; un soulagement sembla suivre l'extraction, mais il fut de très courte durée. Les crises d'abord séparées par des intervalles de quinze jours, trois semaines, deviennent de plus en plus nombreuses, puis la douleur fut continue avec des accès, quelques jours avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Le diagnostic de névralgie faciale s'imposant, il ne nous reste qu'à analyser les différents symptômes de l'affection.

...Chez certains malades la névralgie faciale est complète et atteint les trois branches ; chez H... il s'agit d'une névralgie partielle, localisée au nerf maxillaire supérieur ; il est vrai que dans les grandes crises, il se fait des irradiations aux autres branches, mais il n'en est pas moins vrai que chez notre sujet c'est évidemment le nerf maxillaire supérieur qui peut être incriminé, et que le maximum de la douleur siège à la mâchoire supérieure. Lorsque cette douleur est légère elle ressemble à des fourmillements ; si elle est violente elle est comparée à des coups de couteau. Un malade que j'ai soigné en ville me paraît avoir exprimé la chose d'une façon très exacte : « Il me semble, disait-il, qu'on m'arrache tout le temps une dent. » Chez H..., la douleur n'est jamais absente ; elle persiste pendant le sommeil qui est toujours incomplet. Elle est réveillée par l'examen de la bouche, par le contact d'un abaisse-langue, par les efforts de parole ou de mastication.

La pression au niveau des points d'émergence des nerfs n'est pas douloureuse ; il n'y a point de troubles de sensibilité cutanée ; toute la face interne du rebord alvéolaire dentaire supérieur est sensible à la pression.

Chez notre malade, les troubles sensitifs s'accompagnent de phénomènes moteurs ; de même que la douleur est conti-

nue avec des crises, de même les troubles moteurs sont continus avec des périodes d'exacerbation, correspondantes à celles de la sensibilité. Ainsi la moitié de la face est dans un état de constriction permanente... Au moment des paroxysmes, il se produit des tressaillements dans les muscles de la face.

...Les troubles sécrétoires consistent en un écoulement des larmes du côté gauche au moment des crises. Vous me direz que l'œil est dans la sphère d'innervation de la branche ophtalmique, mais j'ai eu soin de vous rappeler qu'au moment des paroxysmes, il y avait des irradiations douloureuses dans toutes les branches du nerf.

Malgré cet état de souffrance qui fait que le malade ne dort que peu ou pas, la santé générale est assez bonne, et nous n'avons constaté aucun trouble viscéral qui mérite d'être rapporté. La névralgie faciale est d'ailleurs une maladie à allures particulières : ce qui la différencie des autres névralgies, c'est son intensité, sa ténacité, la fréquence même des troubles moteurs... Si nous interrogeons le sujet pour lui demander la cause de ses douleurs, sa réponse est prévue, il incriminera le refroidissement. Il est employé chez un loueur de voiture, et ses fonctions l'obligent à travailler alternativement dans un bureau très chauffé et au grand air. Si cette donnée étiologique était valable, la névralgie du trijumeau devrait être fréquente chez bien des gens qui travaillent au grand air ; or elle est plutôt l'apanage des individus appartenant aux classes plus élevées de la société, et qui prennent les précautions les plus minutieuses contre les variations extérieures de la température. Cette influence du froid est une opinion médicale ancienne qui simplifie singulièrement la pathogénie des maladies.

Une autre idée qui devait également se présenter à l'esprit de notre malade était celle d'une névralgie dentaire ; aussi H... s'adressa-t-il à plusieurs dentistes. Ils lui arrachèrent plusieurs dents, mais ils ne purent apporter aucune atténua-

tion à ses souffrances. Rien dans ses antécédents héréditaires ne pouvait expliquer son mal : son père et sa mère n'étaient atteints d'aucune tare et sont morts dans un âge avancé.

Dans ses antécédents personnels, nous avons noté une syphilis possible ou probable, et ceci est très important, vu le rôle que semble jouer cette infection dans nombre de maladies nerveuses et en raison des indications qui en résultent pour le traitement,

A l'âge de 20 ans, H... aurait eu un chancre qui a duré deux mois ; celui-ci fut diagnostiqué et traité par un médecin-major de l'armée autrichienne, alors que H..., qui prit part à l'insurrection polonaise fut prisonnier à Cracovie. Il n'eut jamais ni roséole, ni plaques muqueuses, ni autres accidents. L'ulcération fut traitée localement par des cautérisations au nitrate d'argent... Je vous avoue que je n'aurais pas attaché une très grande importance à ce commémoratif de syphilis s'il n'existait en même temps une lésion autre devant lui être attribuée :

Il y a cinq mois, le malade alla consulter un dentiste, car il passait sa vie à demander des avis à ces spécialistes. Celui-ci lui déclara qu'il présentait une lésion ulcéreuse de la voûte palatine dont l'indolence lui avait fait ignorer l'existence. Aujourd'hui vous trouverez encore, en examinant la voûte palatine, à gauche de la ligne médiane, en arrière du bord alvéolaire, une ulcération irrégulière, des dimensions d'un pois, empiétant sur le palais ; elle est indolore ; ses bords sont taillés à pic ; la muqueuse ne paraît pas malade à son voisinage, et en explorant avec un stylet, on reconnaît qu'il existe profondément un petit séquestre mobile. Ces lésions ont été considérées comme caractéristiques par un médecin de la ville qui vit H... et lui prescrivit des pilules de proto-iodure et de l'iodure de potassium. Nous agirons dans le même sens et nous aurons recours à une médication plus énergique en lui prescrivant tous les jours une injec-

tion sous-cutanée de un centigramme de bi-iodure de mercure.

OBSERVATION XXIX

(Brissaud).

C..., 36 ans, entre le 3 juin 1901 salle Saint-Charles pour des douleurs dans le territoire du trijumeau.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires. Antécédents personnels : syphilis il y a quinze ans, non traitée. Depuis l'âge de 18 ans, sujet à des migraines.

Etat actuel. — Dans la nuit du 24 au 25 avril, le malade a eu un ictus qui dura environ un quart d'heure. Le lendemain matin il avait perdu la mémoire de ce qui venait de se passer ; il souffrait beaucoup de la tête ; quinze jours après, crise de douleurs, à la nuque surtout, sans perte de connaissance, mais avec perte de la mémoire. Troisième crise le 30 mai ; depuis ce jour il n'a plus sa tête à lui.

Examen. — Les douleurs siègent dans le territoire de deux branches supérieures du trijumeau. Le malade montre les points sus et sous-orbitaires gauches comme particulièrement douloureux.

Sensibilité normale. — Réflexe patellaire aboli. La parole est lente, traîne un peu mais sans tremblement, elle a paraît-il, été toujours ainsi. Un peu d'inégalité pupillaire. Réflexes lumineux et accommodateurs conservés.

Pas de signe d'Argyll. Ponction lombaire : très peu de lymphocytes.

OBSERVATION XXX

(Milian).

M..., journalier, 49 ans, demeurant rue Saint-Médard, n° 1. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 10 août 1902 dans le service du Dr Fournier.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite chronique à 51 ans. Mère morte à la suite d'une hémiplé-

gie droite à 39 ans. Un frère mort à 28 ans. Une sœur vivante.

Antécédents personnels. — Pleurésie purulente à droite en 1875. Variole légère en 1892. Chancre à la verge en 1895. Plaques muqueuses de la bouche et de l'anus à la suite du chancre. Peu d'accidents cutanés. Au moment du chancre, céphalée qui a guéri presque seule.

Etat actuel. — Depuis un mois, le malade sent une modification dans son individu. Il ne peut pas dire ce qu'il veut par défaut de mémoire, tremblement dans la voix et les muscles qui servent à la parole. Il a des vertiges et est parfois obligé de s'arrêter net pour ne pas tomber.

Céphalée très violente sur le dessus de la tête. Sensation de soulèvement de la boîte crânienne. Il porte la main instinctivement sur la tête pour la calmer. Céphalée nocturne, insomnie même sans céphalée. Il lui arrive souvent de ne plus savoir le matin si ce qu'il a rêvé est réel. Délire. On l'entend quelquefois parler la nuit.

Le malade a des périodes de frigidité qui durent trois mois, succédant à des crises génitales durant environ trois jours. Pas de vomissements, mais nausées ; constipation habituelle.

Réflexes normaux sauf les rotuliens qui sont exagérés des deux côtés.

Pupille : gauche ovulaire horizontalement. Réflexes lumineux et à la distance conservés. Droite à peu près régulière, réflexes idem.

Trijumeau. — Deux points sous-orbitaires sensibles. Auriculo-temporal droit et gauche sensibles. Point mentonnier gauche. Plaque de pelade typique du côté droit, sur le milieu, à 3 centimètres de la ligne médiane, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Cheveux blancs qui cèdent à la traction. Dans la barbe du même côté, dans la région thyroïdienne plaque repoussée avec poils blancs. Langue opaline.

Dents : il ne reste des supérieures que deux incisives médianes et trois molaires. En bas, toutes les molaires sont tombées.

Cœur. — Normal. Deuxième bruit aortique un peu claqué. Pouls à 56, malade couché ; à 62, malade debout. Tension artérielle : 19.

Poumons. — Normaux.

29 août 1902. — Sensibilité toujours diminuée à la surface de la plaque de pelade. Il y a aussi diminution légère de la sensibilité du côté droit de la face. Sur le corps, la sensibilité est normale. De même, à la nuque, diminution de la sensibilité à droite. Il n'y a pas de différence entre la plaque de pelade du côté droit et le reste du cuir chevelu quant à la sensibilité.

Le malade a eu trois piqûres d'huile grise. Les douleurs ont diminué beaucoup, il ne reste qu'un engourdissement sur le dessus de la tête, comme une calotte qui serrerait trop.

Il reste comme points douloureux l'auriculo-temporal gauche, le maxillaire inférieur gauche. La pression sur le haut de la tête ne provoque pas de douleur, mais une sensation de descente, comme si le cuir chevelu était élastique. La plaque de pelade n'a pas bougé. Il y a seulement des cheveux blancs à la surface ; il ne semble pas y avoir de poils de repousse.

Réflexes. — Même état qu'au 10 août.

Pupilles. — Gauche : ovalaire horizontalement. Réflexe lumineux presque nul. Réflexe à la distance bon. Droite un peu irrégulière. Réflexes lumineux à la distance normaux.

OBSERVATION XXXI (Milian).

S..., garçon d'hôtel, 24 ans, entre dans le service du Professeur Fournier (salle Saint-Louis, n° 29) le 11 octobre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans. Mère

morte en lui donnant le jour. Ils sont cinq enfants tous vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade, célibataire, n'est pas buveur, et on ne trouve aucun stigmate d'éthylisme. Il a eu la syphilis en octobre 1898 (chancre à la verge suivi de plaques à la bouche et de quelques taches de roséole). Il s'est soigné d'une manière suffisante dans la première et la deuxième année, il restait pendant deux mois sans prendre de médicaments.

En 1902, il a pris deux bouteilles d'une solution. Au mois de juin 1902 dernier, il éprouva des douleurs dans la région précordiale, ainsi que des palpitations sans dyspnée. Il alla à la Charité et guérit après une purgation.

12 octobre 1902. — Aujourd'hui il vient à l'hôpital pour une syphilide ulcéreuse très superficielle des bourses, et pour de la céphalée. Cette céphalée date de la deuxième année de la maladie, elle est d'ailleurs intermittente. Cette fois il se plaint d'une douleur au-dessus de l'œil gauche, en avant de la tempe, sorte « d'embêtement » qui le tient à ce niveau et qui l'empêche de dormir. Il est d'ailleurs agité et ne peut pas trouver une place dans son lit. Il s'agit d'une douleur bien localisée, il a eu mal autrefois dans la région occipitale. La région au-dessus de la queue des sourcils n'est pas douloureuse à la pression, et il n'y a pas de troubles de la sensibilité à la piqure.

Trijumeau. — Points douloureux sus-orbitaire gauche, sous-orbitaire droit, auriculo-temporal droit et gauche. Bonnes dents et pas de lésions buccales. Il ne se soigne pas depuis trois mois. Signe de Romberg manifeste quand le malade se tient sur un pied. Pas de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs ni aux membres supérieurs. Pas de troubles dans la démarche, pas d'incoordination des membres supérieurs ni des membres inférieurs. Rien au cœur, pouls à 74, poumons normaux.

Depuis qu'il est malade, surtout depuis cette année, il a

uriné plusieurs fois dans le lit à la suite de rêves spéciaux et il s'est réveillé complètement trempé.

17 octobre 1902. — Etat des réflexes : plantaire, crémastérien, abdominal, conservés des deux côtés ; rotulien, contralatéral, achilléen, abolis des deux côtés. Yeux : les deux pupilles sont déformées, droite, aplatie en dedans ; gauche, oblique ovalaire en bas et en dehors. Les réflexes sont normaux sauf le réflexe à la lumière à gauche qui est un peu paresseux.

Ponction lombaire : Pas de leucocytes. A la suite, le malade a eu de la céphalée, des vomissements, pâleur, pouls filiforme. Il est mis aux piqûres d'huile grise.

10 novembre 1902. — Le malade a eu quatre piqûres d'huile grise. Etat des réflexes : le même qu'au 17 octobre, un peu de signe de Romberg sur un pied les yeux ouverts.

15 décembre. — Il y a augmentation de la céphalée, à la suite de la ponction lombaire, mais non de la névralgie.

22 décembre. — Le malade a eu six injections d'huile grise. Il a de la stomatite, il a le facies pâle et est amaigri.

Etat des réflexes. — Le même qu'au 10 novembre.

OBSERVATION XXXII (Milian).

Ch..., 31 ans, blanchisseur.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique, a eu quatre fois du delirium tremens pour lequel il été soumis, dans les hôpitaux, à la camisole de force. Mère morte il y a un an de cause inconnue (paralysie faciale, maux de tête).

Quatre grossesses : 1^o fille aînée morte à 11 ans de congestion cérébrale (le malade dit qu'elle était trop instruite) ; 2^o le malade ; 3^o un fils mort en nourrice ; 4^o un enfant mort en bas âge. Le père a commencé à boire aussitôt après son mariage.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant, est allé en Algérie de dix-huit à vingt et un ans. Il a eu de la fièvre

pour laquelle il a été quinze jours à l'hôpital au début de son congé.

Jusqu'à sa sortie du régiment, il n'avait pas eu de rapports avec une femme et n'avait pas éprouvé le moindre désir. A partir de l'âge de 23 ans, le plaisir s'est développé, il eut quelques rapports, redevint impuissant, puis reconquit ses facultés, et enfin attrapa un chancre il y a cinq ans. Soigné par un médecin de Boulogne qui lui a donné des pilules, il est allé il y a deux ans à Laënnec pour une éruption qualifiée de non syphilitique.

Il est venu à l'hôpital dans le service du professeur Fournier aujourd'hui, pour des taches pigmentaires, probablement reliquats d'une éruption syphilitique et pour des phénomènes généraux.

Il y a trois semaines, étant en train de travailler, en soulevant un paquet, il est tombé par terre sans perdre connaissance, il a entendu ce qui se passait autour de lui et est resté une demi-heure dans cet état, sans pouvoir se lever, et éprouvant une gêne à la gorge ; il n'a pas uriné sous lui, ne s'est pas mordu la langue. Il est resté couché sept à huit jours. A la suite de cela (un tremblement qui l'empêchait de travailler), deuxième attaque identique quelques jours après.

Réflexes. — Plantaire normal à droite et à gauche. Crémastérien normal, abdominal supérieur normal des deux côtés, inférieur diminué des deux côtés. Rotulien droit presque nul, gauche diminué. Achilléen disparu des deux côtés. Olécranien et radial normaux.

Pupilles. — Gauche : mydriase : ovale verticale et un peu oblique en bas et en dehors. Réflexe lumineux nul, à la distance faible. Pupille droite de dimensions normales, ovale verticale. Réflexe lumineux, nul à la distance ; faible.

Signe de Romberg appréciable. Marche bonne. Membre supérieur pas d'incoordination ni de perte du sens muscu-

laire. Membres inférieurs *idem*. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et supérieurs. Pas de retard de la sensibilité, peut-être légère diminution du côté de l'orteil gauche.

Pas de troubles de la sensibilité dans la zone du cubital.

Semble avoir un peu d'hémianesthésie à gauche.

Pas de rétrécissement du champ visuel. Champ auditif égal des deux côtés.

Pas de points hystérogènes. Dermographisme très marqué, d'apparition lente et arrivant jusqu'à l'urticaire. Sensation constante au niveau de l'estomac, remontant jusqu'à la gorge. Pas de vomissement. Constipation depuis qu'il est à l'hôpital. Urine limpide, nerveuse.

Cœur normal. Pouls à 78. Poumons normaux. Pas de leucoplasie. Foie et rate normaux. Sujet bien constitué.

29 avril 1903.— Le malade revient consulter dans le service du professeur Gaucher. Depuis sa sortie de l'hôpital (novembre 1902), il n'a fait aucun traitement, sauf de l'iodure de potassium en très petite quantité. Il a repris son travail se plaignant seulement de périodes d'anorexie passagère, de sensation de froid perpétuel, de faiblesse dans les jambes allant jusqu'à la chute (une dizaine de fois depuis sa sortie), sans vertige. Perd ses urines dans le pantalon depuis sa sortie. Miction impérieuse et fréquente. Diarrhée d'eau. Equilibre médiocre dans les mouvements brusques, pas de Romberg.

Etat des réflexes. — Rotulien aboli des deux côtés. Achilléen aboli des deux côtés. Autres réflexes normaux, sauf celui des orteils qui ne fonctionne pas.

Pupilles. — Droite, un peu de mydriase. Gauche, mydriase énorme. Disparition des réflexes à l'accommodation et à la lumière des deux côtés.

C'est depuis un mois environ que le malade se plaint de maux de tête (était parfois réveillé par une céphalée violente qui lui occasionnait de violentes douleurs de la région frontale et de l'orbite ; afin de se soulager, il se mettait des com-

presses d'eau froide sur le front). Le matin il se réveillait avec sa céphalée qui disparaissait puis reparaisait dans le courant de la journée.

Sur les conseils du Dr Milian, il a pris le 6 mai deux cachets d'aspirine par jour, un le matin, un le soir, et depuis il se dit assez amélioré, il dort mieux qu'avant et se plaint moins de sa céphalée.

La recherche des points douloureux de la névralgie du trijumeau fait constater que les points sus-orbitaire, sous-orbitaire et auriculo-temporal sont sensibles des deux côtés à la pression, mais particulièrement du côté gauche.

Sensibilité. — A la vue on constate que tout le côté gauche du visage est plus coloré que le droit. C'est d'ailleurs dans ce côté de la face que le malade dit souffrir davantage.

Chaleur. — Au palper on constate qu'il y a une différence assez notable entre la température des deux côtés, le côté gauche étant à une température plus élevée que le côté droit (Notons que le malade a l'habitude de se coucher sur ce côté droit.) Du reste sensibilité à la chaleur et au froid conservée des deux côtés de la face. Le malade éprouve toujours une sensation de chaleur dans le côté gauche.

Tact. — Le malade sent mieux dans tout le côté gauche le contact (de l'ouate). Néanmoins pas de retard de la perception du côté droit. La sensibilité à la piqure est diminuée des deux côtés de la face mais encore plus à gauche qu'à droite. L'oreille droite ne sent rien, l'oreille gauche sent. La paupière gauche sent plus que la droite. De même hémianesthésie gauche du cuir chevelu à la piqure.

Pharynx. — Un peu d'anesthésie,

Dents. — Mâchoire inférieure, côté droit : première et deuxième molaires tombées, côté gauche, deuxième molaire tombée. Le malade il y a un an aurait eu toutes ses dents sauf une molaire, les autres sont tombées depuis un an (ont été arrachées), se seraient cariées très rapidement. On

remarque également que ses dents incisives et canines sont usées.

Le malade est mis aux piqûres d'huile grise.

12 juin 1903. — Le malade nous dit qu'il est très amélioré. Il n'a plus, comme il y a quelque temps, de bouffées de chaleur. La sensibilité de la face est redevenue normale au tact et à la piqûre des deux côtés.

Il n'y a plus de points douloureux dans le domaine du trijumeau. Léger degré d'anesthésie du pharynx au tact, pas d'anesthésie à la piqûre.

OBSERVATION XXXIII

(Letulle)

Presse médicale, avril 1898.

Homme de 51 ans, syphilitique, alcoolique.

Tabes au grand complet. Signes d'Argyll-Robertson, de Romberg, de Wespahl.

A l'examen de la bouche du malade on constate tout d'abord à la mâchoire inférieure que toutes les dents du côté gauche sauf la première incisive ont disparu ; à droite toutes les dents, sauf la troisième molaire, sont en place et saines.

A la mâchoire supérieure, ces désordres sont plus complexes, toutes les dents sauf trois sont tombées.

Mais c'est du côté droit que les désordres sont les plus remarquables : une véritable caverne occupe la place du rebord alvéolaire et même la voûte palatine adjacente ; un vaste effondrement s'est produit en cet endroit. La voûte palatine, normale encore à gauche, s'enfonce à droite vers une espèce d'infundibulum d'aspect cicatriciel, recouvert par une muqueuse blanchâtre, épaisse, non ulcérée. La sensibilité de cette muqueuse est très obtuse et même l'anesthésie est totale, absolue, du côté de la joue. Il existe une légère hypoesthésie de la face.

Le malade n'a jamais souffert des dents, de la mâchoire, non plus que de la face ; il ne sait pas comment ses dents sont tombées. Celles qui restent encore ne sont ni cariées, ni entourées de périostite alvéolo-dentaire.

OBSERVATION XXXIV

(Baudet. Th. Paris 1898.)

H..., 64 ans, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 34 ans. A cette époque, chancre induré de la lèvre supérieure, plaques muqueuses à la gorge. Est soigné à cette époque dans le service de Ricord. Se marie quinze ans après en 1855 et a de ce mariage trois enfants bien portants, vivant encore. En 1867, subit à la Pitié, dans le service de Broca, l'amputation du gros orteil droit pour un mal perforant du pied droit. En 1879, le malade entre à l'hôpital Saint-Julien. Il présente un tabes typique, douleurs fulgurantes, anesthésie par moments, incontinence d'urine, analgésie presque complète, incoordination très marquée aux membres inférieurs, moindre aux membres supérieurs.

Le malade raconte que depuis un mois il a perdu une grande partie de ses dents ; nous constatons en effet que toutes les dents du côté gauche du maxillaire supérieur sont tombées ; celles de l'autre côté sont à peu près intactes ; elles sont tombées sans douleur, et le moindre effort suffisait pour les faire choir.

Nous constatons alors une anesthésie tactile et une analgésie très prononcées dans toute la sphère du trijumeau du côté gauche : elle porte sur la peau et les muqueuses labiales, buccale et palatine ; la langue est insensible à la douleur, bien que la sensibilité gustative soit conservée.

Pas de paralysie des muscles moteurs oculaires.

Autopsie. — La moelle présente les lésions classiques du tabes. Les deux nerfs trijumeaux sont diminués de volume

et atrophiés à leur sortie de la protubérance ; le trijumeau gauche plus particulièrement est réduit à un filament grêle et gélatineux à peine reconnaissable. Le ganglion de Gasser correspondant est mis à nu ; il est complètement atrophié, il est comme vidé, réduit à une coque conjonctive aplatie, vitreuse, dans laquelle on ne reconnaît plus l'aspect de la substance nerveuse.

Au bulbe la sclérose des cordons postérieurs se continue d'une façon non interrompue sous le plancher du quatrième ventricule, au niveau plus particulièrement des noyaux des corps restiformes, de la substance gélatineuse de Rolando et de la racine ascendante du trijumeau, la sclérose est très prononcée ; les cellules nerveuses sont très diminuées de volume et plongées au milieu d'une large plaque de sclérose, qui tranche très nettement, par la coloration du carmin, sur les portions voisines.

OBSERVATION XXXV (Baudet)

Ibidem

G..., 40 ans, est atteint de perte complète des dents à la mâchoire supérieure, de résorption totale des arcades alvéolaires et de perforations palatines bilatérales qui ont ouvert de chaque côté le sinus maxillaire.

Dans ses antécédents familiaux on trouve deux oncles morts apoplectiques, une sœur fortement migraineuse.

Quant au malade il était sujet depuis son enfance à des migraines très violentes, suivies de vomissements qui ne l'ont quitté que depuis deux ans. En 1873, à l'âge de vingt ans, le malade contracta un chancre syphilitique de la verge suivi d'une éruption papuleuse au front. Actuellement, traces indiscutables de syphilis linguale.

En décembre 1892, il éprouva pour la première fois une sensation pénible d'agacement dans les gencives du côté droit, à la mâchoire supérieure ; la première molaire se mit

à remuer dans son alvéole ; il enleva la dent avec la pointe de son couteau. Mais cette sensation s'étendit aux autres points de la gencive en même temps que ses dents supérieures, jusque-là saines et extrêmement solides, branlaient dans leurs alvéoles. Il les enleva successivement sans effort comme la première.

Cette ablation se fit sans douleur, ne fut précédée ni accompagnée d'aucun phénomène de suppuration ; mais elle se compliqua d'une hémorragie assez inquiétante à chaque extraction. Les dents qui tombaient n'avaient trace d'aucune lésion, elles devaient être superbes si on en juge d'après celles qui restent.

Pendant toute la durée de cette chute le malade éprouva une névralgie faciale du côté droit, avec tic douloureux marqué surtout dans l'orbiculaire des paupières et les muscles du cou. Cette névralgie qui suivit principalement les branches supérieures du trijumeau s'accompagna de quelques troubles vaso-moteurs. Une nuit par exemple le malade se réveilla avec une enflure subite des lèvres et du menton, déterminant une sensation de gêne et de picotement « une sorte d'engourdissement pareil à celui qu'on ressent dans la main lorsqu'on est resté trop longtemps appuyé sur le bras ». C'est la comparaison même du malade. Il se rappelle qu'à ce moment pour guérir cette fluxion il se mit à fumer. Mais chaque fois qu'il mettait sa cigarette à la bouche, il la laissait tomber car il ne sentait pas son contact. Cet œdème qu'il avait du reste constaté en se regardant dans une glace, disparut au bout de trois heures aussi subitement qu'il était venu. Le lendemain matin le malade n'avait plus aucune trace de tuméfaction, et la motilité et la sensibilité étaient redevenues normales.

Cette névralgie faciale ne se termina qu'à la chute complète des dents à la mâchoire supérieure. En même temps que les dents tombaient, le malade enlevait des fragments

osseux au maxillaire supérieur, à l'aide de la pointe de son canif qu'il introduisait dans l'alvéole déshabité.

Sur les bords de la voûte palatine, qui est réduite à sa portion horizontale, de chaque côté existe une perforation.

Il existe sur les différents points de la muqueuse buccale des troubles sensitifs peu marqués, mais qui néanmoins ont leur importance. Il n'en existe pas sur la peau. Nous avons trouvé que la sensation de contact était presque perdue au voisinage des deux perforations, et que le stylet appliqué plusieurs fois en ces points et maintenu quelques instants en place n'était pas senti, qu'au même endroit la sensation de piqure était très diminuée.

Ce sont là les seuls troubles de la sensibilité que nous ayons pu relever.

Ce malade présente en outre quelques signes de tabes ; il a eu jadis des douleurs constrictives dans les membres inférieurs, il a éprouvé un certain temps de la difficulté et de la lenteur dans la miction, il a des troubles du goût, de l'inégalité pupillaire et ses pupilles réagissent très peu à la lumière.

OBSERVATION XXXVI

(Herrouet)

A... Emile, 31 ans, garçon de bureau, 121 *bis*, rue Montmartre, entre le 14 avril dans le service du professeur Fournier, salle Saint-Louis.

Pas d'antécédents héréditaires connus, syphilis depuis 11 ans ; le chancre qui était anal a été soigné dans le service de M. Fournier, pendant deux mois seulement. A la suite roséole, plaques muqueuses, céphalée, alopecie.

Le malade nous raconte qu'étant en 1893 au régiment, en Afrique, il souffrit énormément de la tête pendant quelque temps. Il lui semblait, dit-il, « que de petites bêtes lui couraient sur la peau du visage, qu'il ne sentait plus ses

lèvres (il pouvait néanmoins siffler) ». Il avait en même temps la paupière gauche tombante.

A la même époque il eut un mal perforant buccal ; on constate en effet que la moitié droite du maxillaire supérieur est dépourvue de dents ; il ne lui reste de ce côté que la canine et une incisive.

Un jour qu'il était allé à la visite, raconte le malade, « le médecin-major lui enleva avec ses doigts quatre ou cinq dents, et cela sans douleur et sans qu'il y ait eu écoulement de sang ». Quelques temps auparavant, il avait eu des crises douloureuses dans les dents du même côté.

On constate que dans la moitié droite du maxillaire supérieur il y a anesthésie au tact et à la piqûre de la muqueuse gingivale.

Il y a deux ans début de l'affection actuelle, légère difficulté de la marche, surtout dans l'obscurité ; six mois après douleurs fulgurantes aux jambes, douleurs en ceinture, crises gastriques avec vomissements alimentaires. Un an après le début, dérobement des jambes, chute, diminution du tonus musculaire (jadis le malade faisait le grand écart).

Actuellement tabes au grand complet, abolition des réflexes rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, signe de Romberg.

Particularités : Atonie du visage, lenteur et difficulté du langage, tachycardie (120 pulsations).

Le malade est mis aux piqûres de calomel et prend 4 grammes d'iodure par jour.

Crises gastriques avec rétention vésicale ayant commencé le 7 juin et ayant duré trois jours.

Du 14 avril au 15 juillet 1902, le malade eut douze piqûres de calomel, plus 14 grammes d'iodure ; il est devenu tuberculeux au cours du traitement, ce qui est à rapprocher de la tachycardie constatée à l'entrée.

Examen des réflexes. — Pratiqué le 8 août 1902.

Plantaire, orteils, fascia lata nuls à gauche et à droite,

crémastérien normal des deux côtés, abdominal exagéré des deux côtés.

Rotulien aboli des deux côtés, achilléen *idem*, contralatéral olécranien, radial, conservés des deux côtés.

Pupilles. — Droite ovulaire horizontalement, réflexes lumineux abolis. Gauche, dimensions et forme normale, réflexe lumineux aboli, réflexe à la distance conservé..

Pas d'incoordination des membres supérieurs, incoordination des membres inférieurs, le malade perd ses jambes dans son lit. Légère amélioration du côté de la parole. Sommet gauche : sibilances avec induration.

Le malade sort de l'hôpital pour aller à Vincennes.

13 juin 1903.—Le malade revient dans le service du professeur Gaucher. Depuis sa sortie, août 1901, il n'a eu comme traitement que quelques frictions mercurielles.

Il a eu une crise gastrique quatre jours avant son entrée. Actuellement, marche impossible, difficulté de la station debout les yeux ouverts. Signes de Romberg, de Westphal, d'Argyll-Robertson. Pas de rétrécissement du champ visuel, a eu de la dyschromatopsie.

Sensibilité à la douleur, très diminuée aux jambes, au tact non abolie. Sensations thermiques conservées.

Anesthésie de la moitié droite de la face limitée au trijumeau.

Conservation de la force musculaire, pieds tombants, pas de troubles de la miction, ni albumine, ni sucre. Aurait eu de l'incontinence pendant deux mois de l'année dernière.

Pas de palpitations, pouls à 100.

Pas de crises laryngées, parole lente, parfois un peu difficile.

OBSERVATION XXXVII

(Pacetti, *Revue neurologique*, 1894, p. 334).

Chez un malade qui avait présenté le syndrome ordinaire du tabes et de plus de l'anesthésie bilatérale dans le terri-

toire de la cinquième paire, la chute des dents, de l'ophtalmoplégie interne et externe, de la parésie du voile du palais, des crises laryngées, on trouva à l'autopsie en plus des lésions classiques du tabes, la racine ascendante de la cinquième paire dégénérée des deux côtes, jusqu'au noyau sensitif en atrophie simple; dégénération du faisceau solitaire, atrophie de la substance ferrugineuse. L'auteur fait voir les rapports de ces lésions avec les phénomènes particuliers que présentait le malade.

OBSERVATION XXXVIII (Kalischer).

(*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 9 mai 1895, n° 19).

Un cas de tabes dorsal avec nécrose du maxillaire.

Maréchal ferrant, 42 ans, sans antécédents syphilitiques, présente un tableau très complet des phénomènes tabétiques.

Du côté de la face anesthésie dans le domaine du trijumeau, chute des cheveux et des dents, nécrose de la mâchoire inférieure.

La cause de cette ostéite raréfiante, avec nécrose de la mâchoire, doit être rapportée à la participation du nerf trijumeau au processus tabétique. Les lésions du trijumeau dans le tabes se traduisent par des névralgies, hyperesthésie, paresthésie, ou par le masque tabétique. Comme troubles trophiques on trouve surtout la chute des dents et la nécrose de la mâchoire. Quelquefois on a remarqué un certain degré d'ataxie des muscles de la face et des masticateurs. La participation du trijumeau moteur est plus rare dans le tabes.

OBSERVATION XXXIX

(P. Merklen et J. Heitz.)

(*Société médicale des Hôpitaux*, novembre 1902).

Jeune femme, 24 ans, fille de syphilitique, mariée depuis deux ans à un homme indemne de syphilis. Elle est sujette à

des crises gastriques (depuis son mariage) douloureuses, avec vomissements, qui se sont répétées d'abord tous les six mois, mais reviennent maintenant toutes les cinq ou six semaines. Ces crises sont d'origine tabétique, le malade présente en effet tous les symptômes de la période préataxique.

Depuis avril, cinq crises très violentes ; la seule particularité des deux premières a été la perte absolue et temporaire d'ailleurs du réflexe pupillaire à la lumière.

L'œdème aigu s'est montré comme complication des troisième, quatrième et cinquième crises.

La troisième est survenue le 17 juillet, huit jours après une émotion vive provoquée par le décès de son père. Dès le deuxième jour de la crise, l'entourage était surpris de lui voir toute la face enflée ; puis survinrent des ecchymoses avec gonflement des paupières et d'abondantes épistaxis. A son entrée à l'hôpital, elle était méconnaissable. Il existait une tuméfaction œdémateuse du front et surtout des paupières sans douleur spontanée, ni prurit, mais avec une grande hyperesthésie de la peau, ne permettant même pas le contact du mouchoir.

L'œdème et les épistaxis ne disparurent qu'avec la crise qui dura douze jours : à la suite le signe d'Argyll persista quoique atténué. Quatrième crise à peu près identique survint trois semaines après. La cinquième remonte au 12 octobre dernier, s'est encore accompagnée d'un œdème cette fois limité à la moitié inférieure de la face, plus diffus, non accompagné d'hémorragies ni d'épistaxis, mais au niveau duquel la peau était toujours hyperesthésiée.

Entre la quatrième et la cinquième crise, la malade avait perdu spontanément, sans salivation préalable, sans aucune altération de leur structure, douze dents. Depuis la dernière crise elle en a perdu encore deux ; les rebords alvéolaires des deux maxillaires sont dénudés, et déjà plusieurs séquestres sont éliminés. Toute la muqueuse est anesthésique à la piqure.

OBSERVATION XL

(Pierret. *Essai sur les symptômes céphaliques du tabes*,
Th. Paris 1876.)

M. D..., 49 ans, aucune maladie grave dans l'enfance. En 1848 contracte un chancre dont il fut soigné par Ricord. En 1866 diplopie, images superposées parallèles. Strabisme interne de l'œil droit. Rarement il souffrait de maux de tête et ne se plaignait d'aucune sorte, quand, il y a deux mois il fut pris de névralgies dentaires extrêmement douloureuses et affectant le type fulgurant.

État actuel. — Névralgie dentaire fulgurante ; les dents sont parfaitement saines, il n'en manque pas une seule et l'on peut même dire qu'elles sont très belles.

Goût intact, seulement sensibilité extrême du bout de la langue. Yeux fatigués, pas de strabisme ni de diplopie ; il existe une parésie très nette des muscles masticateurs, à ce point que le malade ne peut rapprocher complètement les dents incisives. Les molaires arrivent bien au contact, mais il ne peut en être de même pour la partie antérieure de la mâchoire. Pas d'autre paralysie. Quelques palpitations.

OBSERVATION XLI

(Pierret, *ibid.*)

M. X..., 47 ans, vient consulter M. Charcot le 17 novembre 1875. Sa complexion nerveuse est très accentuée ; antécédents héréditaires nerveux.

En 1858, le malade contracte un chancre induré qui fut suivi de l'apparition de plaques muqueuses et de perte de cheveux. Traitement insuffisant.

En 1869 apparaît une sciatique très rebelle, ainsi que de la diplopie très légère sans strabisme.

Dans le courant des années 1872-1873, des douleurs se montrent partout, vives, rapides, fulgurantes, se concentrant tantôt sur les membres supérieurs ou inférieurs, tantôt au coin de l'orbite à droite ou à gauche.

En janvier 1873, étant à cheval, il sent la tête lui tourner, arrive tant bien que mal chez lui et est pris tout à coup, en descendant de cheval, d'une hémiplegie du côté gauche.

Dans le même moment se manifestèrent des douleurs vives dans l'oreille. Plus tard ces douleurs qui avaient le type fulgurant se renouvelèrent dans l'oreille, la gorge et même le globe de l'œil ou tout au moins sur le fond de la cavité orbitaire.

Le malade décrit très bien ses douleurs et dit qu'elles lui semblaient partir d'un même point, point qu'il localise dans la fentes phéno-maxillaire. Sous l'influence de l'hydrothérapie les accidents s'amendent vite et le malade peut remonter à cheval et se livrer aux exercices du corps qu'il affectionne.

Cependant, dans le courant de 1876, il est repris d'accidents douloureux, d'hémiplegie, de diplopie. Il remarque qu'il éprouve de la peine à se tenir debout.

Etat actuel. — Photophobie de l'œil gauche, paralysie complète de tous les muscles oculaires, un peu de dilatation pupillaire et un peu de chute des paupières. Ce dernier accident serait tout récent et tendrait d'ailleurs à diminuer les douleurs fulgurantes constantes existant plus spécialement du côté gauche.

Rien au cœur.

Grande irritation morale.

CONCLUSIONS

I. — La névralgie faciale des syphilitiques peut se montrer à la période secondaire, à la période tertiaire, et chez les tabétiques.

A la période secondaire elle est peu intense et fugace.

A la période tertiaire, elle précède, sauf traitement, la destruction totale du nerf avec perte de ses fonctions, à moins qu'elle ne révèle des lésions moins profondes mais néanmoins définitives parce que cicatricielles.

Chez les tabétiques elle affecte les diverses formes des phénomènes douloureux du tabes.

II. — Le traitement syphilitique est l'élément le plus important du diagnostic. Il devrait être appliqué à tous les cas de névralgie faciale d'origine douteuse et permettrait peut-être de rattacher à la syphilis un certain nombre de faits inexpliqués de zona ophtalmique, etc.

III. — Des lésions définitives cicatricielles peuvent s'être produites, avons-nous dit, au niveau du nerf. Dans ce cas le traitement mercuriel sera sans effet,

et, après l'échec de l'iodure de potassium, on aura recours, en désespoir de cause, aux nombreux procédés de thérapeutique des névralgies faciales banales.

Vu : Le Président de la thèse :

DEBOVE

Vu : le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Arloing*. — Un cas de névralgie faciale syphilitique. Lyon médical, mai 1902.
- Anstie*. — Neuralgia and its Counterferts. London, 1874. Article Névralgie dans Reynold's System of Medicin, 1879.
- Balfour*. — Vu obstinales Trigeminal Neuralgia as a symptom of syphilitis Cerebral disease its diagnosis and treatment. Edimb. med. journ., oct. 1875, p. 289.
- Baudoin*. — Des syphilis graves précoces (Observ. LXXV, p. 116).
- Baudet*. — Mal perforant buccal. Th. Paris, 1898. Observation XVII, p. 76.
- Berdal*. — Traité de la syphilis, p. 315. Paris, 1902.
- Bouchard et Brissaud*. — Traité de Médecine. Chap. des névrites, t. X, p. 54.
- Brouardel et Gilbert*. — Traité de Médecine et de Thérapeutique, t. X, pp. 119-135.
- Chaponnière*. — Essai sur le siège et les causes des névralgies de la face (Thèse de Paris, 1832).
- Chaussier*. — Table synoptique de la névralgie. Paris, ann. XI, par. 1-2-3.
- Chipault et Plicque*. — Les indications thérapeutiques dans le

tic douloureux de la face (Presse médicale, 14 mai 1902).

Cruchet. — Sur un cas de tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil (Gazette hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux, 3 juillet 1903).

Debove. — Tic douloureux de la face, d'origine syphilitique probable (Tribune médicale, 28 mai 1904).

Debove et Achard. — Manuel de Médecine, t. IV, p. 107.

De Castelnan. — Annales des maladies de la peau et de la syphilis, 1844, t. I, p. 212.

Demange. — Observation III dans thèse de Baudet (Examen histologique des trijumeaux).

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne, t. III, p. 750.

Fournier. — Traité de la syphilis, t. I, p. 654. Paris, 1899.

— Les affections parasyphilitiques. Paris, 1894, p. 4 et 359.

Fossier. — Les traitements de la syphilis. Th. Paris, 9 mai 1906.

Frenel. — Contribution à l'histoire des névrites des syphilitiques. Th. Paris, 1900.

Gaucher et Barbe. — Névrite syphilitique du cubital (Société de dermatologie et de syphiligraphie, 10 janvier 1895).

Gaucher, Sergent et Champenier. — Id., 18 avril 1895.

— Id., juillet 1895 (Gaucher et Champenier).

Gérard-Marchant et Bouglé. — Traitement de la névralgie faciale rebelle (Gazette des hôpitaux, 20 avril 1901).

Gilles de la Tourette et Hudelo. — Syphilis malignes précoces du système nerveux. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, p. 686, 1892.

- Graefe.* — Névralgie faciale précédée d'anesthésie. Arch. für Ophthalmologie, t. VIII, 2. Abth., p. 74.
- Grasset et Rauzier.* — Traité pratique des maladies du système nerveux (4^e édition, t. II, Paris, 1894).
- Gros et Lancereaux.* — Affections nerveuses syphilitiques (Paris, 1861).
- Guéneau de Mussy.* — Clinique médicale (Paris, 1875, t. II).
- Hammond.* — Des maladies du système nerveux, 1879. Traduct. Labadie-Lagrave.
- Herrouet (P.).* — De la névralgie syphilitique du trijumeau (Paris, 1903, th.).
- Huguenin.* — Ueber Hirnsyphilis. Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1875, p. 89, 177 et 528.
- Jaccoud.* — Traité de pathologie interne (6^e édition, 1879, t. I, p. 563).
- Jullien.* — Traitement des maladies vénériennes. Paris, 1885, p. 655.
- Kahler.* — Die multiple syphilitische Wurzel neuritis (Zeitschrift. f. Heilkunde, 1887, t. VIII).
- Kalischer.* — Un cas de tabes dorsal avec nécrose du maxillaire (Revue neurologique, 1895, p. 323).
- Lamy.* — De la méningo-myélite syphilitique. Etude clinique et anatomo-pathologique. Th., Paris, 1893.
- Lancereaux.* — Leçons de clinique médicale (1882, p. 221).
- Letulle.* — Presse médicale (2 avril 1898, p. 161).
- Lévy (F.) et Baudoin.* — Presse médicale (17 février 1906).
- Lévy (F.).* — Essai sur les névralgies faciales (Th. Paris, mai 1906, p. 127).
- Linhart.* — Cas de névralgie du trijumeau non amélioré par le traitement chirurgical, mais par le traitement mer-

curiel (in thèse de Lamotte, 1892. Traitement chirurgical de la névralgie faciale).

Mauriac. — Traitement de la syphilis, p. 603, 620.

Meglin. — Recherches sur la névralgie faciale ou tic douloureux de la face (Strasbourg, 1816).

Menetrel. — Contribution à l'étude clinique des névrites et polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis (Th. Paris, 1898).

Merklen et Heitz. — Société médicale des hôpitaux (novembre 1902).

Milian. — Les névralgies syphilitiques du trijumeau (Archives générales de médecine, 1903, t. II, p. 1742).

— Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques (Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, avril 1903, p. 193).

Milian, Grouzon et Pâris. — La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire (Société médicale des hôpitaux, 14 février 1902).

Morestin. — Tic douloureux de la face. Section du nerf dentaire inférieur (Gazette des hôpitaux, 6 novembre 1900).

Notta. — Mémoires sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies (Archives générales de médecine, juillet 1854, p. 3, 290).

Pacetti. — Altérations de quelques nerfs dans le tabes (Revue neurologique, 1894, p. 334).

Perrin. — Névralgie rebelle du maxillaire supérieur (J. des Sciences médicales de Lille, p. 350-352).

Pitres et Vaillard. — Traité de Brouardel et Gibert, t. X.

- Quermonne.* — Essai sur la pathogénie des névralgies. Th. Paris, 1883.
- Rigal.* — Causes et pathogénie des névralgies. Th. d'agrégation, Paris, 1872.
- Sandras et Bourguignon.* — Traité pratique des maladies nerveuses. Paris, 1860, t. II.
- Testaz.* — De la paralysie faciale douloureuse. Th. Paris, 1887.
- Trousseau.* — Névralgie épileptiforme (Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. II).
- Valleix.* — Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. Paris, Baillières, 1841.
- Veasey.* — Un cas de paralysie complète de l'oculo-moteur droit et du trijumeau gauche (The Philadelphia medical journal, 13 juillet 1901).
- Wagner.* — Das syphilom des Nervensystem. Arch. der Heilkunde, IV, p. 1861, 1863.
- Widal.* — Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques (Société médicale des hôpitaux, 14 février 1902).
- Yvert.* — Traitement du tic douloureux de la face (Gazette médicale de Paris, 19 mars 1904, 26 mars 1904).
- Zambaco.* — Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862.

